FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1969

THÈSE

N° 135

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Michaël BRONIATOWSKI

Né le 25 Décembre 1944 à MAIDSTONE (Angleterre)

Externe des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le

ÉTUDE DE 78 CANCERS DU COL UTERIN (STADES 0, I, II) TRAITÉS DANS LES SERVICES DE GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE DE SAINT-GERMAIN-EN-LAYE

Président : Monsieur J. HUGUIER (Professeur)

DACTYLO-SORBONNE

8, Rue Casimir-Delavigne

PARIS-VI^e^

1969

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

-:-

Année 1969 N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Michaël BRONIATOWSKI

Né le 25 décembre 1944 à Maidstone (Angleterre)

Externe des Hôpitaux de Paris

-:-

Prséentée et soutenue publiquement le

-:-

ETUDE DE 78 CANCERS DU COL UTERIN (STADES 0, I, II) TRAITES DANS LES SERVICES DE GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE DE SAINT-GERMAIN-EN-LAYE

-:-

Président : Monsieur J. HUGUIER (Professeur)

-:-

DACTYLO-SORBONNE
8, rue Casimir Delavigne
PARIS - 6e
1969

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Bénard (H.), Bernard (E.), Binet (L.), Bulliard (H.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Cheymol (J.), Coste (F.), Debré (R.), Dechaume (M.), Galliard (H.), Gaudard d'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Giroud (A.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lacomme (M.), Lamy (M.), Laroche (G.), Lelong (M.), Lévy (Mlle J.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Maduro (R.), Marchal (G.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Renard (G.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Turpin (R.), Verne (J.).

DOYEN	Georges BROUET
1er ASSESSEUR	Daniel BARGETON
2e ASSESSEUR	Jean GOSSET

A. — CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
—	HUARD (P.)
à titre personnel	CABROL (Ch.)
— —	OLIVIER (G.)
Anatomie et Cytologie pathologiques.	DELARUE (J.)
à titre personnel	NEZELOF (Ch.)
— —	ORCEL (L.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
— —	DESGREZ (P.)
— —	POLONOVSKI (J.)
Chimie Pathologique	SCHAPIRA (G.)
à titre personnel	CARTIER (P.)
— —	DREYFUS (J.-Cl.)
Biologie médicale (à titre personnel).	BOURLIÈRE (F.)
— —	HARTMANN (L.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
— —	DJOURNO (A.)
— —	DOGNON (A.)
à titre personnel	KELLERSHOHN (L.)
— —	GOUGEROT (L.)
— —	ROUCAYROL (J.-Cl.)
Cancérologie expérimentale.	MATHÉ (G.)
Génétique fondamentale	LEJEUNE (J.)
Histologie et Embryologie	COUJARD (R.)
— —	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)
à titre personnel	RACADOT (J.)
Microbiologie.	FASQUELLE (R.)
Bactériologie et Virologie.	TOURNIER (P.)
à titre personnel	BARBIER (P.)

	MM.
Parasitologie	LARIVIÈRE (M.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
à titre personnel	LŒPER (J.)
Pharmacologie	BOISSIER (J.-R.)
—	LECHAT (P.)
Physiologie	BARGETON (D.)
—	MALMEJAC (J.)
—	PARROT (J.)
à titre personnel	DEJOURS (P.)
Physiologie et biologie appliquée aux sports	SCHERRER (J.)

B. — CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

1° MÉDECINE

Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie	COURY (Ch.)
Hygiène et Médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale, droit médical et déontologie	DEROBERT (L.)
Pathologie exotique	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie médicale	BUGE (A.)
— —	BRICAIRE (H.)
— —	CORNET (A.)
— —	HOUSSET (E.)
— —	LAROCHE (Cl.)
à titre personnel	AZERAD (E.)
— —	BOUR (H.)
— —	BROCARD (H.)
— —	CAROLI (J.)
— —	FACQUET (J.)
— —	LAMBLING (A.)
— —	LAUNAY (Cl.)
— —	PAYET (M.)
— —	PERRAULT (M.)
— —	SIGUIER (F.)
— —	WORMS (R.)
— —	BOUVIER (J.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et Thérapeutique générales	MAURICE (P.)
Thérapeutique	LAMOTTE (M.)
Thérapeutique appliquée	MARCHE (J.)

Chaires de Cliniques :

Clinique cardiologique (Boucicaut)	LENÈGRE (J.)
— — (Broussais)	SOULIÉ (P.)
Clinique dermatologique (Saint-Louis)	DUPERRAT (F.)

	MM.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
à titre personnel	BASTIN (R.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
à titre personnel (neuro-psychiatrie)	PICHOT (P.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
à titre personnel	LHERMITTE (F.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	BERNARD (J.)
à titre personnel (hématologie)	ANDRÉ (R.)
— — —	BOUSSER (J.)
— — —	DREYFUS (B.)
Cliniques médicales — Bicêtre	DEPARIS (M.)
Cliniques médicales — Broussais	MILLIEZ (P.)
Cliniques médicales — Cochin	PÉQUIGNOT (H.)
Cliniques médicales — Hôtel-Dieu	BARIETY (M.)
Cliniques médicales — Pitié	DREYFUS (G.)
Cliniques médicales — Saint-Antoine	BOUDIN (G.)
Cliniques médicales —	CONTE (M.)
Cliniques médicales —	KOURILSKY (R.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique et Séméiologie médicales (Antoine-Chantin)	DOMART (A.)
Séméiologie médicale (Lariboisière)	BOUVRAIN (Y.)
— — (Pitié)	RAMBERT (P.)
— — (Rothschild)	WOLFROMM (R.)
Clinique d'Hydrologie et de Climatologie (Bichat)	DEBRAY (Ch.)
à titre personnel	GIBERTON (A.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies métaboliques (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique néphrologique (Necker)	HAMBURGER (J.)
à titre personnel	RICHET (G.)
— —	CROSNIER (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	ROYER (P.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)	MOZZICONACCI (P.)
Clinique médicale infantile et de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique de pédiatrie (Trousseau)	BRISSAUD (H.)
à titre personnel	LESOBRE (R.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	THIEFFRY (S.)

D. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

	MM.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch

E. — PROFESSEURS ASSOCIÉS

Hormonologie	MORICARD (R.)
Statistique médicale et épidémiologie	SCHWARTZ (D.)
Néphrologie	MAXWELL (M.)

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Conseiller administratif	Mlle CHAINTREUIL (G.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateurs	Mme FORGET (F.), Mlles DUMAITRE (P.), LAURENT (H.), LE NOIR (G.)
Bibliothécaires	Mmes CONTET (J.), Mlles DUROZOY (M.-F.), ROBERGE (D.), LE QUANG LINH (G.), REUGE (M.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A mes PARENTS

A la mémoire de mes GRAND-PARENTS

A Monsieur le Professeur Jacques HUGUIER

Professeur de la clinique chirurgicale
et gynécologique

Membre de l'Académie de Chirurgie

Nous le remercions de
l'honneur qu'il nous a fait
en acceptant de présider
cette thèse

A Monsieur le Docteur Jacques COURTOIS

Ancien gynécologue-accoucheur en chef du Centre Hospitalier de Saint-Germain-en-Laye

En gage de mes sentiments déférents et reconnaissants pour l'accueil qu'il a bien voulu me réserver

A Monsieur le Docteur Jean FRADIN

Ancien gynécologue-accoucheur du Centre
Hospitalier de Saint-Germain-en-Laye

Qui m'a inspiré ce travail,
puis guidé avec bienveillance

En témoignage de ma profonde
gratitude et en souvenir des
heures de travail passées en
sa compagnie, avec l'assurance
de mes sentiments dévoués

A Mademoiselle Paulette GIBOULOT

Secrétaire de la Clinique de l'Immaculée
Conception à Saint-Germain-en-Laye

Pour toute l'aide diligente
qu'elle nous a apportée
pendant la réalisation de
ce travail

A la mémoire du regretté

Professeur agrégé Jean FAUREL

Ancien chef du Service de Chirurgie
de l'Hôpital de Bicêtre

En souvenir de son
enseignement passionnant
(janvier 1964)

A nos Maîtres d'Externat

Pour l'enseignement clinique qu'ils nous ont dispensé

- Docteur Yves CACHIN
  Chef du Service O.R.L. à la Clinique Carcinologique (Professeur P. DENOIX) à l'Institut Gustave Roussy de Villejuif (mai 1965

- Professeur Robert JUDET
  Professeur de la Clinique Traumatologique et Orthopédique,
  Hôpital Raymond Poincaré de Garches
  (novembre 1965)

.../

- Docteur Jacques HEPP
  Chef de Service de Chirurgie à l'Hôpital Bichat (mai 1966)

- Professeur Boris KREIS
  Professeur de Clinique de Pneumo-phtisiologie à l'Hôpital Cochin (novembre 1966)

- Professeur Charles DUBOST
  Professeur de la Clinique de Chirurgie cardio-vasculaire à l'Hôpital Broussais (avril 1967)

- Docteur Jean FRADIN
  Chef du Service de gynécologie-obstétrique du Centre Hospitalier de Saint-Germain-en-Laye (novembre 1967)

- Docteur Bernard MICHELON
  Chef du Service de gynécologie-obstétrique du Centre Hospitalier de Saint-Germain-en-Laye (janvier 1968)

- Professeur Robert WORMS
  Professeur de Pathologie médicale
  Médecin de l'Hôpital Lariboisière
  (juin 1968)

ETUDE DE 78 CANCERS DU COL UTERIN (STADES 0, I, II) TRAITES DANS LES SERVICES DE GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE DE SAINT-GERMAIN-en-LAYE

-:-

MATERIEL D'ETUDE

-:-

Nous groupons dans ce travail 78 cancers du col observés et traités dans les Services de Gynécologie et Obstétrique de Saint-Germain en Laye entre 1958 et 1967.

- soit au Centre Hospitalier (Dr. COURTOIS - Dr. FRADIN)
- soit en Secteur Privé.

La répartition des observations est faite selon la classification habituelle :

T_0 Epithélioma in situ intra-épithélial : 6 observations

T_1 Cancer strictement limité au col : 51 observations

T_2 Cancer étendu au-delà du col sans atteinte de la paroi pelvienne ou cancers envahissant les 2/3 supérieurs du vagin : 21 observations.

Plan général

Dans une première partie de ce travail, nous étudierons chacun des trois stades 0, I, II en recherchant pour chacun d'eux :
les caractères étiologiques
les aspects cliniques
les modalités thérapeutiques
les résultats.

Dans une seconde partie, nous faisons la synthèse de ces différents éléments pour l'ensemble des cancers étudiés.

Ce travail n'a d'autre prétention que l'étude critique d'une expérience vécue.

-:-

PLAN DETAILLE DE LA THESE

-:-

I - Ière PARTIE : ETUDE DES DIFFERENTS STADES 0, I, II

A. Cancers intra épithéliaux : 6 observations

Fréquence
Répartition des observations selon les années
L'âge des malades
Les circonstances de découverte
Attitude thérapeutique
Evolution

B. Cancers stade I : 51 observations

Répartition des observations selon les années
l'Age des malades
Les circonstances de découverte
1) formes cliniques habituelles : 37 cas
   a) les signes fonctionnels de découverte
   b) l'examen clinique

2) formes cliniques particulières : 14 cas
   a) cancers sur prolapsus : 2 cas
   b) cancers sur col restant : 4 cas
   c) cancers récidivants : 2 cas
   d) cancers et grossesse : 6 cas

Traitement

I Méthodes et indications
  1) radium seul : 9 cas
  2) radium et chirurgie : 29 cas

3) radium, chirurgie et radiothérapie : 4 cas
4) chirurgie seule : 7 cas
chirurgie et radio du cobaltothérapie : 2 cas.

II Synthèse des modalités thérapeutiques

1) l'absence de curiethérapie : 9 cas
2) l'absence de chirurgie : 9 cas
3) les modalités de la chirurgie : 42 cas
4) la radio ou cobaltothérapie complémentaire : 6 cas.

Evolution

1) Evolution générale
   a) évolution par année évolutive
   b) évolution selon le recul
2) Evolution en fonction des différents éléments de pronostic
   a) en fonction de l'âge
   b) en fonction de l'ancienneté du premier signe
   c) en fonction de l'importance de la lésion initiale
   d) en fonction des formes cliniques
   e) en fonction des modalités thérapeutiques
   f) en fonction des données anatomo-pathologiques des pièces opératoires.

C. Cancers stade II : 21 observations

Répartition des observations selon les années
L'âge des malades
Les circonstances de découverte
1) formes cliniques habituelles : 20 cas
   les signes fonctionnels de découverte
   l'examen clinique
2) forme clinique particulière : un cas de cancer sur prolapsus.

Traitement

I- Méthodes et indications
   1) radium seul : 1 cas
   2) radium et radiothérapie : 1 cas

3) radium et chirurgie : 13 cas
4) radium, chirurgie et radiothérapie
5) chirurgie et cobaltothérapie

II Synthèse des modalités thérapeutiques
1) l'absence de curiethérapie : 1 cas
2) l'absence de chirurgie : 2 cas
3) les modalités de la chirurgie : 19 cas
4) la radio ou cobaltothérapie complémentaire : 7 cas.

Evolution
1) évolution générale
   a) évolution par année évolutive
   b) évolution selon le recul
2) évolution en fonction des différents éléments du pronostic
   a) en fonction de l'âge
   b) en fonction de l'ancienneté du premier signe
   c) en fonction de l'importance de l'extension
   d) en fonction des modalités thérapeutiques
   e) en fonction des données anatomo-pathologiques de la pièce opératoire.

II - IIe PARTIE : SYNTHESE

Répartition par années
Synthèse concernant l'âge des malades
Synthèse concernant les aspects cliniques
1) Délai premier signe - diagnostic
2) Les insuffisances diagnostiques.

Synthèse concernant les modalités thérapeutiques (stade 0 excepté)
1) Les modalités les plus fréquentes sont les plus classiques.
2) Si l'on considère chacun des éléments du traitement.
3) Motivation des différentes modalités thérapeutiques.

4) Morbidité liée à chaque élément de traitement.
5) L'examen des pièces opératoires.

Synthèse concernant le pronostic

1) La morbidité passagère
2) La mortalité en rapport avec l'évolution carcinologique : 9 cas sur 78
   - 5 cas dûs à une extension rapide et précoce
   - 4 cas dûs à des récidives tardives
3) tableau de pronostic général
4) synthèse des différents éléments du pronostic (sur les malades ayant un recul de 5 ans ou plus)

a) selon l'âge (avant et après 45 ans)
b) selon l'ancienneté du premier signe (moins et plus d'un an)
c) selon la forme clinique
d) selon le délai accouchement - premier symptôme
e) selon la thérapeutique
f) selon l'examen anatomo-pathologique de la pièce opératoire.

Addendum sur les techniques chirurgicales

III - OBSERVATIONS

IV - BIBLIOGRAPHIE

V - CONCLUSIONS

-:-

Ière PARTIE

ETUDE DES DIFFERENTS STADES 0 - I - II

A - CANCERS INTRA-EPITHELIAUX

Ce groupe ne comporte que 6 observations (n°1 à 6).

Fréquence :

Pendant la période des 10 années étudiées, l'ensemble des cancers observés, quel que soit le stade, est de 123.

La fréquence des cancers intra-épithéliaux est donc par rapport à ce ce chiffre total de 4,87 p.cent.

Ce chiffre est faible et peut s'expliquer par les difficultés existant certaines années pour un dépistage systématique du cancer.

Répartition des observations selon les années

	1958	1959	1960	1961	1962	1963
N°obs.	1,2,3,4	-	6	-	-	-
Total obs.	4	0	1	0	0	0
Total cancers	16	19	16	10	12	5
% annuel	25%	-	6,3%	-	-	-

Répartition des observations selon les années (suite)

	1964	1965	1966	1967
N°obs.	-	5	-	-
Total obs.	0	1	0	0
Total cancers	14	12	11	8
% annuel	-	8,3%	-	-

L'âge des malades

Age	<20	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44
N°obs.			2	3,6		
Total	0	0	1	2	0	0
% par groupe	-	-	16,6%	33,3%	-	-

	45-49	50-54	55-59	60-69	>70
N°obs.	1,4,5				
Total	3	0	0	0	0
% par groupe	50%	-	-	-	-

La moitié des cancers intra épithéliaux a été observée à un âge assez tardif (groupe 45-49 ans).

L'autre moitié se répartit dans les groupes plus jeunes 25-35 ans.

Les circonstances de découverte

• Dans 2 observations, des métrorragies ont amené les malades à consulter (obs.1,4).

Obs.1 - Ces métrorragies ont fait l'objet d'un dépistage systématique dans un centre de Sécurité Sociale. Ce dépistage révélait un état suspect tant cytologique que biopsique. Une surveillance avec examens répétés fut pratiquée pendant 1 an par ce centre.
La malade, présentant un prolapsus avec allongement cervical, est venue nous consulter et une amputationsupra vaginale fut pratiquée révélant la lésion.

Obs.4 - Les métrorragies sont attribuées à un polype cervical (histologiquement bénin) et à un fibrome utérin. Le diagnostic clinique d'E.I.E. n'est pas fait. La lésion est découverte sur pièce opératoire.

. Dans 2 autres observations il n'existait aucun signe d'orientation (obs.5,6).

Obs.5 - La malade consulte pour troubles neuro-végétatifs préménopausiques. La colposcopie révèle une zone de remaniement atypique.
La cytologie est de classe IV. La biopsie révèle l'E.I.E. Une conisation confirme ce stade.

Obs.6 - Consulte pour douleurs pelviennes.
La colposcopie montre une zone de remaniement atypique. La biopsie révèle l'E.I.E.
Ce stade n'est confirmé que sur pièce opératoire.

. Enfin dans les 2 dernières observations la lésion est découverte à l'occasion d'une grossesse (obs. 2, 3).

Obs.2 - A l'occasion d'un avortement de 2 mois, découverte d'une lésion colposcopique suspecte. Biopsie : E.I.E.

Obs.3 - découverte au cours du 3e trimestre de la grossesse d'une lésion suspecte persis-

tante lors du contrôle post-natal. Biopsie : E.I.E.

Attitude thérapeutique

. Hystérectomie totale avec castration (obs. 4,5,6)

Nous avons précisé que dans l'observation 4 l'hystérectomie n'a pas été pratiquée pour le cancer, mais a révélé celui-ci.

Dans les deux autres observations (5 et 6) les malades étaient respectivement âgées de 46 et 34 ans. Elles ne désiraient plus d'enfants.

. Amputation cervicale (obs. 1 et 3)

Dans l'observation 1 nous rappelons la notion colposcopique, cytologique, biopsique de dysplasie suspecte sans toutefois la certitude de l'E.I.E. L'amputation supra-vaginale a été pratiquée dans le cadre d'une opération de Manchester et a révélé le cancer.

Dans l'obs.3, 30 ans, cancer I.E. découvert lors du post-partum, malade désirant garder la possibilité d'autres maternités.

. Conisation cervicale (obs.2)

Obs.2 - cancer découvert à l'occasion d'un avortement. Refus de tout traitement. On parvient toutefois à faire accepter ce geste très limité.

Evolution

Nous la résumons dans ce tableau :

N° obs.	Age	Mode de traitement	Années recul	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	48	amputation du col		N	N	?	?	?	?	?	?	?	?
2	27	conisation du col		N	?	?	?	?	?	?	?	?	?
3	30	amputation du col		N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
4	49	hystérectomie		N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
5	46	hystérectomie		N	N	P?							
6	34	hystérectomie		N	N	N	N	N	N	N	N		

N = Normale P = Anormale
? = Perdu de vue

Dans une seule observation une évolution anormale serait survenue. Il est intéressant d'en résumer les faits :

Obs.5 - 46 ans - Aucun signe fonctionnel d'orientation cervicale.
Colposcopie : zone de remaniement atypique - cytologie classe IV - Biopsie : E.I.E.
Conisation diagnostique : E.I.E. péri orficiel
Traitement : hystérectomie totale
Pièce opératoire : aucune lésion retrouvée.
La malade est suivie par nous pendant 1 an ½: suites normales cliniques et cytologiques.
La 2e année, en raison de douleurs osseuses, son médecin l'adresse à un centre anti-cancéreux. On découvre une ostéoporose légère au

niveau du cotyle gauche et l'on entreprend une cobaltothérapie : 6000 rad. Les suites sont normales, mais les douleurs osseuses et l'ostéoporose persistent.

N'y a-t-il pas eu une certaine précipitation à effectuer ce traitement ? Il est difficile de juger.

Nous hésitons toutefois beaucoup à considérer cette évolution comme pathologique sur le plan carcinologique.

B - CANCERS Stade I

Notre statistique comporte 51 observations classées cliniquement stade I (Observations n°7 à 57).

Répartition des observations selon les années

Nous schématisons dans le tableau suivant :
- le numéro des observations
- le total des stades I par année
- le pourcentage des stades I par année sur les 51 stades I
- le pourcentage des stades I par année, sur le total des cancers observés par année, quel que soit le stade (123).

années	1958	1959	1960	1961	1962
n° obs.	11-17 37-41	9-23 28-36 39-44- 46-57	16-20 33-49 51-54	13-21 45-47 52-56	15-24 25-32 43-55
Total stade I	4	8	6	6	6
% sur 51	7,8	15,6	11,7	11,7	11,7
nb.total cancers par année(123)	16	19	16	10	12
% sur total cancers	25	42	37,5	60	50

	1963	1964	1965	1966	1967
n°obs.	14-48	19-22 38	7-8-10 12-18 40-53	26-30 35	27-29 31-34 42-50
Total stade I	2	3	7	3	6
% sur 51	3,9	5,8	13,7	5,8	11,7
nb.total cancers par année(123)	5	14	12	11	8
% sur total cancers	40	21,4	58,3	27,2	75

Ce tableau objective les variations de recrutement des malades selon le stade au cours des différentes années étudiées.

La variété des pourcentages ne nous autorise pas à une conclusion sur une évolution du recrutement selon la gravité du stade.

Nous constatons que dans notre statistique, les stades I représentent un peu moins de la moitié des cancers observés (41,4 p.cent).

Age des malades

Dans le tableau ci-dessous, nous schématisons :
- le numéro des observations par groupe d'âge
- le total des stades I par groupe d'âge
- le pourcentage sur 51 cas
- le pourcentage par rapport au nombre total des cancers observés par groupe d'âge (sur 123).

Age	<20	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44
n°obs.			53	14-38-53	8-13-17-26-28-41-27-50-51-54-55	11-12-16-24-35-36-39-40-46
Total st.I	0	0	1	3	11	9
% sur 51	-	-	1,9	5,8	21,5	17,6
Total cancer par âge	0	0	3	7	14	21
% sur total	-	-	33,3	42,8	78,5	42,8

Age des malades (tableau suite)

Age	45-49	50-54	55-59	60-69	> 70
n°obs.	9-18-31-33-37	10-34-42-47-48-49-57	15-20-21-23-25	19-22-29-32-44-56	7-30-43-45
Total st.I	5	7	5	6	4
% sur 51	9,8	13,7	9,8	11,7	7,8
Total cancer par âge	18	14	15	15	16
% sur total	29,7	50	33,3	40	25

Ainsi, si l'on considère la fréquence observée du cancer au stade I selon l'âge on constate que :
- avant 40 ans, c'est-à-dire à un âge où il est peu habituel d'observer un cancer invasif, nous avons observé 15 cas soit 29,4 p.cent.

- entre 40 et 50 ans, date à laquelle le cancer stade I est le plus souvent observé, notre statistique comporte 14 cas soit 27,4 p.cent.
- enfin après 50 ans notre statistique comporte 22 cas, soit 43,1 p.cent.

Il est intéressant de noter la fréquence du cancer stade I chez les femmes relativement jeunes : 29,4 p.cent avec une fréquence particulière dans le groupe 35-39 ans.

D'autre part, si l'on considère la fréquence des stades I selon les groupes d'âges par rapport au nombre total des cancers observés, on

constate par ordre décroissant :
- la grande fréquence observée dans le groupe des femmes de 35 à 39 ans = 78,5 p.cent
- puis la fréquence de 50 p.cent dans le groupe des femmes de 50 à 54 ans
- la fréquence égale de 30 à 40 p.cent dans les groupes : 25-29 ans
30-34 ans
40-44 ans
45-49 ans
55-59 ans
60-69 ans
- enfin la fréquence plus faible après 70 ans (25 p.cent).

Circonstances de découverte

Sur les 51 observations stade I clinique, il convient de distinguer :

- 37 cancers de forme clinique classique (obs. de 7 à 43), soit 72,5 p.cent
- 2 cancers sur prolapsus utérin (obs. n°44 et 45), soit 3,9 p.cent
- 4 cancers sur col restant (obs. n°46,47,48,49), soit 7,8 p.cent
- 6 cancers découverts au cours ou au décours d'une grossesse : (obs.n°50,51,52,53,54, 55), soit 11,7 p.cent
- 2 cancers récidivants (obs. n°56, 57) , soit 3,9 p.cent

1) Formes cliniques habituelles : 37 cas obs. n°7 à 43

a) Les signes fonctionnels de découverte

- dans deux observations il n'existait pas de métrorragies (obs. n°23 et 38).
. obs. n°23 : malade de 56 ans consultant pour leucorrhées purulentes depuis 4 mois. Examen: bourgeon cervical. Biopsie : microcarcinome.

. obs. n°38 : malade de 32 ans. Leucorrhées s'aggravant depuis quelques mois. Examen : petite tumeur bourgeonnante sur col polykystique. Biopsie : épithélioma spino-cellulaire.

- dans les trente cinq autres observations, ce sont des métrorragies qui ont amené les malades à consulter.

. L'expérience clinique témoigne des difficultés qu'il y a à faire préciser exactement le recul du premier symptôme. Toutefois, en tenant compte des données écrites de l'observation, nous avons cherché à analyser ce recul tel qu'il nous a été précisé.

Le tableau suivant expose le délai séparant le premier symptôme de la découverte de la tumeur, en fonction du groupe d'âge de la malade.

Ainsi si l'on considère :

1) le délai séparant le premier symptôme de la découverte de la tumeur, sans tenir compte de l'âge, on constate que :

. 24 malades présentaient des métrorragies de moins d'un an, soit 68,5 p.cent
2 consultent pour métrorragies très récentes:
obs. n°33 : petite tumeur : microcarcinome
obs. n°40 : zone suspecte, conisation : microcarcinome
4 consultent pour métrorragies datant de 1 mois :
obs. n°24 : zone suspecte, biopsie dysplasie suspecte, HT: épi invasif
obs. n°26 : zone suspecte : épi invasif
obs. n°41 : ulcération lèvre inférieure : épi pavim.interm.
obs. n°43 : col bourgeonnant : épi pavim. interm.

Délai	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-69	> 70	Total
< 1 mois				40	33					2
1 mois			26-41	24					43	4
2 mois				11-35	18-37	10				5
3 mois				36		34	15-20 25	19	30	7
4 mois								29		1
5 mois					31					1
6 mois			28		9			22		3
7 mois										0
8 mois			8							1
9 mois										0
10 mois										0
11 mois										0
1 an		14	17-27	12-16				32		6
2 ans			13	39		42			7	4
3 ans							21			1

5 sont venues consulter pour métrorragies datant de 2 mois :
obs. n°10 : col bourgeonnant épi pavim.interm.
obs. n°11 : col bourgeonnant épi pavim.interm.
obs. n°18 : col bourgeonnant épi pavim.interm.
obs. n°35 : ulcération du col épi pavim.interm.
obs. n°37 : col bourgeonnant épi pavim.anaplasique

7 consultent pour métrorragies datant de trois mois :
obs. n°15 : col bourgeonnant épi pavim.anaplasique
obs. n°19 : col bourgeonnant épi pavim.interm.
obs. n°20 : petite lésion bourgeonnante épi pavim.interm.
obs.n° 25 : col bourgeonnant épi pavim.interm.
obs. n°30 : col bourgeonnant épi pavim.interm.
obs. n°34 : col bourgeonnant épi pavim.interm.
obs. n°36 : col bourgeonnant épi pavim.interm.

1 consulte pour métrorragies datant de 4 mois
obs. n°29 : col non visible diaphragme atrétique: épi pavim.interm.

1 consulte pour métrorragies datant de 5 mois
obs. n°31 : col bourgeonnant épi pavim. spino-cellulaire

3 consultent pour métrorragies datant de 6 mois :
obs. n°9 : col bourgeonnant épi pavim.interm.
obs.n°22 : ulcération cervicale épi pavim. interm.
obs.n°28 : petit bourgeon cervical épi pavim. interm.

1 consulte pour métrorragies datant de 8 mois
obs. n°8 : col bourgeonnant épi pavim.interm.

. 6 malades présentaient des métrorragies entre un et deux ans, soit 17,1 p.cent.

obs. n°12 : col bourgeonnant épi pavim.interm.
obs. n°14 : col bourgeonnant épi pavim.interm.
obs. n°16 : col bourgeonnant épi pavim.interm.
obs. n°17 : col bourgeonnant épi glanduliforme endocerv.

obs. n°27 : petit bourg.lèvre ant.col, biopsie EIE, conisation microcar.
obs. n°32 : ulcération lèvre inf.du col : microcar.

. 4 malades présentaient des métrorragies entre deux et trois ans, soit 11,4 p.cent.
obs. n°7 : col non visible (diaphragme vaginal atrétique) biopsie EIE, pièce opératoire, épi spino-cellulaire invasif
obs. n°13 : vaste ulcération épi pavim.interm.
obs. n°39 : col bourgeonnant épi pavim. spino-cellulaire
obs. n°42 : petite tumeur bourg.biopsies répétées : dysplasie suspecte, pièce opératoire: épithélioma pavimenteux.

. 1 malade présentait des métrorragies de trois ans, soit 2,8 p.cent
obs. n°21 : petit bourgeon cervical, biopsie: microcarcinome.

2) Enfin, nous avons essayé d'établir la relation entre ce délai et l'âge des malades (dans les 35 cas de métrorragies) :

Groupe d'âge	Nb. obs.	< 1 an	%	⩾1 an	%	⩾2 ans	%	⩾3 ans	%
30 à 39 ans	8	4	50	3	37,5	1	12,5	-	-
40 à 49 ans	13	10	76,9	2	15,3	1	7,6	-	14,2
50 à 59 ans	7	5	71,4	-	-	1	14,2	1	-
> 60 ans	7	5	71,4	1	14,2	1	14,2	-	-
Total	35	24		6		4		1	

Nous sommes surpris de constater que si la grande majorité des femmes âgées de plus de 40 ans vient consulter relativement rapidement après le premier symptôme, le délai apparaît statistiquement plus grand chez les femmes âgées de 30 à 39 ans.

b) L'examen clinique a révélé dans ces 37 observations classiques :

- Un col non visible cliniquement en raison d'un diaphragme vaginal serré ou d'une atrésie vaginale : 2 sur 37 = 5,4 p.cent

N° obs.	Age	Signe	Délai	Diagnostic
7	70	métr.	2 ans	Diaphragme cachant le col.Biopsie:EIE.HT Epi invasif
29	61	métr.	4 mois	Atrésie vaginale importante. Biopsie: Epi pav. malp.

- Une dysplasie suspecte à la colposcopie : 4 sur 37 = 10,8 p.cent

N° obs.	Age	Signe	Délai	Diagnostic
24	43	métro.	1 mois	Biopsie: dysplasie suspecte.HT pièce opér. : Epi invasif
40	43	métro.	récent	conisation diagnostique: microcarcinome
42	52	métro.	2 ans	Biopsies répétées non révélatrices.Cytol. success.II,III,IV.Pièce opér.(HT):épi invasif
26	39	métro.	1 mois	Biopsie: épi malp. très diff.

- Une lésion très suspecte d'épithélioma intra-épithélial à la colposcopie : 1 sur 37 = 2,7 p. cent.

N° obs.	Age	Signe	Délai	Diagnostic
27	35	métro.	1 an	Biopsie : EIE Conisation : microcarcinome.

- Une lésion manifestement néoplasique mais très limitée : 8 sur 37 = 21,6 p.cent

N° obs.	Age	Signe	Délai	Diagnostic
12	40	métro.	1 an	Biopsie: EIE avec zone d'invasion
20	55	métro.	3mois	Biopsie: Epi malp.intermédiaire
21	56	métro.	3 ans	Biopsie : microcarcinome
28	37	métro.	6mois	Biopsie : Epi pavim. spino cellulaire
32	65	métro.	1 an	Biopsie : microcarcinome
33	46	métro	récentes	Biopsie : microcarcinome
23	56	leucor.	4mois	microcarcinome
38	32	leucor.	qq. mois	Epi spino cellulaire

- Une lésion déjà étendue macroscopiquement évidente : 22 sur 37 = 59,4 p.cent

N° obs.	Age	Signe	Délai	Diagnostic
8	39	métro.	8 mois	Biopsie: Epi interm.
9	45		6 mois	Biopsie: Epi interm.
10	54		2 mois	Biopsie: Epi malp. interm.

(Suite)

N° obs.	Age	Signe	Délai	Diagnostic
11	42	métro.	2 mois	Biopsie : Epi malp. interm.
13	37		2 ans	Biopsie : Epi pavim. interm.
14	33		1 an	Biopsie: Epi épidermoïde interm.
15	55		3 mois	Biopsie : Epi malp. anal.
16	43		1 an	Biopsie: Epi malp. interm.
17	36		1 an	Biopsie: Epi glandulif.endocerv.
19	67		3 mois	Biopsie: Epi malp. interm.
22	62		6 mois	Biopsie: Epi anaplasique
25	58		3 mois	Biopsie: Epi malp. interm.
31	49		5 mois	Biopsie: Epi pavim. interm.
34	53		3 mois	Biopsie: Epi malp. interm.
35	44		2 mois	Biopsie: Epi malp.interm.infiltrant de l'endocol
36	41		3 mois	Biopsie: Epi malp. interm.
37	49		2 mois	Biopsie: Epil malp. anapl.
39	43		2 ans	Biopsie: Epi malp. spino cell.
41	36		1 mois	Biopsie: Epi malp. interm.

(Suite)

N° obs.	Age	Signe	Délai	Diagnostic
43	80	métro.	1 mois	Biopsie : Epi.malp. interm.
18	45		2 mois	Biopsie : Epi malp. interm.
30	70		3 mois	Biopsie : Epi malp. interm.

Ainsi dans ces 37 autres observations, nous avons schématisé les aspects cliniques de diagnostic et remarquons :

• que dans deux observations de femmes ménopausées (7 et 29), le diagnostic de lésion cervicale est rendu difficile en raison de diaphragme vaginal cachant le col.

La biopsie "aveugle" a permis un diagnostic exact dans une observation (29) et a mis en évidence un épithélioma intra épithélial dans l'autre (7) alors que sur la pièce opératoire, la lésion est invasive.

Cette circonstance est rare, mais pose certainement des problèmes diagnostiques et thérapeutiques difficiles.

• que dans cinq observations, l'aspect clinique était suspect mais non concluant du cancer cervical (24, 26, 27, 40, 42).
Dans trois de ces cas, les métrorragies étaient récentes (24, 26, 40), inférieures à un an.

Dans un cas (27) les métrorragies dataient de un an.

Dans un cas (42) elles dataient de deux ans.

Il est intéressant de noter que dans un cas seulement (26) la biopsie a mis en évidence d'emblée l'épithélioma invasif.

Dans les quatre autres cas, le diagnostic était difficile :
pour deux (24 et 42) les biopsies ne sont pas parvenues au diagnostic et la lésion a été découverte sur la pièce opératoire.
pour deux autres, la conisation diagnostique a permis le diagnostic d'invasion avant l'intervention (27 et 40).

Nous sommes persuadés actuellement de l'utilité des conisations diagnostiques que nous pratiquons devant :
toute dysplasie suspecte
tout épithélioma intra-épithélial
afin de mettre en évidence la possibilité d'une invasion.

. que dans 8 observations, la lésion est manifestement néoplasique, mais de petite dimension.
A ces lésions correspondent des délais, entre le premier signe et le diagnostic, inférieur à moins d'un an dans 5 observations (20, 28, 33, 23, 38),
à un an dans deux observations (12, 32)
à trois ans dans une observation (21).

. enfin, que dans vingt-deux observations les lésions sont macroscopiquement importantes. A ces lésions correspondent des délais :
inférieurs à un an : 8, 9, 10, 11, 15, 19, 22, 25, 31, 34, 35, 36, 37, 41, 43, 18, 30 : 77 %
un an : 14, 16, 17 : 13,6%
deux ans : 39, 13 : 9,0%

La recherche des pourcentages, malgré le petit nombre des cas, ne met pas en évidence de relation entre le délai d'un symptôme et l'importance de la lésion cervicale au stade I.

Aspect clinique	Nbre	Délai 1° signe - Diagnostic		
		< 1 an	1 an	2 ans
Lésion non visible	2			
Lésion suspecte	5	3=60%	1=20%	1=20%
Lésion limitée	8	5=62,5%	2=25%	1=12,5%
Lésion importante	22	17=77,2%	3=13,6%	2= 9,0%

2) Formes cliniques particulières : 14 observations, n°44 à 57, qui se répartissent en :
- cancers sur prolapsus utérin : 2 obs. (44 et 45)
- cancers sur col restant : 4 obs.(46, 47, 48, 49)
- cancers récidivants : 2 obs. (56 et 57)
- cancers et grossesse : 6 obs. (50, 51, 52, 53, 54, 55).

a) Cancers sur prolapsus utérin

- obs. n°44 : 69 ans, prolapsus du 3e degré : pessaire. Métrorragies depuis 4 mois. Ulcération de l'endocol. Epithélioma tubuliforme endocervical à "cellules claires".

- obs. n°45 : 81 ans. prolapsus du 3e degré : pessaire. Métrorragies depuis 1 mois. cervical; épithélioma intermédiaire pavimenteux, invasif.

b) Cancers sur col restant

- obs. n°46 : 40 ans. Césarienne 5 ans avant hystérectomie. Métrorragies récentes, bourgeon de la lèvre antérieure - épithélioma anaplasique.
- obs. n°47 : 53 ans, hystérectomie pour fibrome 11 ans avant - tumeur bourgeonnante -

épithélioma malpighien intermédiaire. Métrorragies depuis 1 an.
- obs. n°48 : 52 ans, hystérectomie subtotale pour fibrome 18 ans avant. Métrorragies depuis trois mois. Ulcération cervicale. Epithéliome malpighien intermédiaire.
- obs. n°49 : 52 ans, hystérectomie subtotale 12 ans avant, métrorragies depuis 1 mois : col bourgeonnant, épithélioma malpighien intermédiaire.

c) Cancers récidivants

- obs. n°56 : 69 ans, cancer du col traité par le radium 21 ans avant. Métrorragies depuis 1 mois, récidive cervicale ; épithélioma tubuliforme endocervical.
- obs. n°57 : 52 ans, cancer du col traité par hystérectomie totale avec castration 3 ans avant - métrorragies depuis 1 mois - récidive vaginale, épithélioma malpighien indifférencié.

d) Cancers et grossesse

. Cinq de ces six observations sont des cancers découverts à l'occasion d'un avortement:

- obs. n°50 : 37 ans, avortement à 3 mois ½ Diagnostic clinique non fait. Hystérectomie 1 mois ½ après pour fibrome - Microcarcinome du col.
- obs. n°52 : 34 ans, avortement provoqué à 2 mois ; lésion suspecte lors du curetage - épithélioma pavimenteux intermédiaire.
- obs. n°53 : 25 ans, avortement de 1 mois ; énorme tumeur bourgeonnante ; épithélioma malpighien peu différencié.
- obs. n°54 : 35 ans, avortement provoqué de 3 mois; lésion suspecte lors du curetage, épithélioma pavimenteux intermédiaire.
- obs. n°55 : 37 ans, avortement de 5 mois (foetus macéré); lésion suspecte lors de la révision utérine ; épithélioma intra-épithélial

très suspect d'évolutivité, 15 jours après, épithélioma pavimenteux intermédiaire.

Nous remarquons que :
. Un diagnostic n'a pas été fait (50), peut être par insuffisance d'exploration. L'association avec un fibrome conduit à une hystérectomie totale qui fait découvrir la lésion limitée (microcarcinome).

. Un diagnostic est évident (53).
. Trois lésions suspectes lors d'avortements. Biopsie faisant le diagnostic de cancer d'où l'importance de l'examen au cours du post-partum ou post-abortum.

Il est curieux de constater que dans 3 de ces observations, on a noté une duplicité des voies urinaires d'un côté (obs. 52, 54, 55).

. Une observation concerne une grossesse à terme :
- obs. n°51 : 35 ans :
6e mois : dysplasie suspecte - cytologie classe IV
7e mois : biopsie : possibilité de microcarcinome
1 mois ½ après l'accouchement : microcarcinome.

Cette observation pose le problème des lésions suspectes observées pendant la grossesse. Mais celle-ci s'est confirmée 1 mois ½ après l'accouchement.

Traitement :
I) Méthodes et indications

Cinq modalités thérapeutiques ont été utilisées chez ces 51 malades.

Modalité thérapeutique	Nombre sur 51	Formes classiques	Prolapsus	Col. restant	Grossesse	Récidive
1° Radium seul	9 = 17,6%	5 = 13,5%	1 = 50%	1 25%		2 = 100%
2° Radium-chirurgie	29 = 56,8%	23 = 62,1%		2 50%	4=66%	
3° Radium-chirurgie-radiothérapie	4 = 7,8%	3 = 8,1%		1 25%		
4° Chirurgie seule	7 = 13,7%	4 = 10,8%	1 = 50%		2=33%	
5° Chirurgie-Radiothérapie	2 = 3,9%	2 = 5,4%				
Total	51	37	2	4	6	2

Les indications de ces modalités thérapeutiques et leur application :

1) Radium seul - 9 obs. sur 51, soit 17,6 %

a) Dans les formes classiques (obs. n°11, 21, 23, 32, 43) : 5 obs. sur 37

Les doses reçues ont été de 63 mcd.(30 mg intra-utérin, 20 mg vaginaux pendant 7 jours) dans 4 observations (21, 23, 32, 43), de 64,80 mcd dans 1 observation (N°11).

La motivation de ce traitement limité est :

- Refus du traitement chirurgical : obs. 32, 65 ans, microcarcinome.
- Complication grave de la curiethérapie : obs. 11, 42 ans, 64,80 mcd, péritonite occlusive, nécessitant drainage ; fistule du grêle longue à cicatriser.
- Etat général médiocre contre-indiquant la chirurgie :
obs. 21, 56 ans, diabète, polyarthrite ankylosante.
obs. 23, 56 ans, phlébite, polyarthrite ankylosante.
obs. 43, 80 ans, grand âge, très mauvais état général.

b) Dans les cancers et prolapsus
1 sur 2 observations (obs. 45)

Dose reçue : 63 m.c.d.
Malade de 81 ans, en très mauvais état général.

c) Dans les cancers du col restant :
1 obs. sur 4 (obs. 49)

Dose reçue : 37,80 m.c.d.
Malade de 52 ans, épithélioma invasif, refus de chirurgie complémentaire.

d) Dans les cancers récidivants - 2 obs. sur 2 (n°56-57)

Doses reçues - 63 m.c.d. dans l'observation 56 ; 37,80 m.c.d. dans l'observation 57 (vaginal).
Dans l'observation 57, la malade avait subi une hystérectomie totale - Récidive vaginale chirurgie complémentaire impossible : embolie pulmonaire grave au cours de la curiethérapie.

Dans l'observation 56, malade de 69 ans, récidive cervicale, obésité, polyarthrite ankylosante.

2) Radium - Chirurgie : 29 obs. sur 51, soit 56,8 %

a) Dans les formes classiques 23 obs. sur 37 (obs. 8, 9, 10, 12, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 22, 25, 26, 30, 31, 33, 36, 28, 34, 37, 38, 39, 41).

- La curiethérapie a été classique :
63 m.c.d. dans 20 observations
inférieure dans 3 observations (28, 34, 41).
Ces doses dépendant du curiethérapeute effectuant le traitement.

- La chirurgie
Ses modalités - délai après Ra.

Délai	numéros d'observation	Total
1 mois	17, 39	2
1 m.½	8,9,10,12,16,18,20,28,34, 36,38,41	12
2 mois	15,19,22,26,31,33,37	7
2 m.½	25	1
5 mois	30	1

- La technique

La lymphadénectomie pelvienne a été pratiquée dans les 23 cas. Toutefois, dans l'observation 37 (1958) elle fut incomplète en raison d'un accident veineux.opératoire.

La colpohystérectomie a été réalisée selon 3 procédés :

Type	n° observation	Total
Colpohystérectomie totale	17,19,20,25,37,41	6 = 26%
Colpohystérectomie élargie	8,9,10,12,16,18,22, 26,30,33,36,28,34, 38,39,41	16 =69,5%
Cellulectomie	15	1 = 4,3%
		23

- Motivation de ces types opératoires

• Colpohystérectomie totale : En 1958, nous avions adopté cette attitude, évitant les risques urinaires à ce stade. En cette année, trois des 4 cancers observés ont été ainsi opérés.

Depuis, nous avons opté pour une modalité opératoire plus élargie. Toutefois depuis 1958, trois autres malades ont subi une intervention limitée :
obs.20 (1960) petite tumeur très limitée
obs.19 et 25 (1962-1964), mauvais état général et obésité importante.

• Colpohystérectomie élargie : 69,5 p.cent des formes classiques opérées. Ce type opératoire correspondant à notre attitude actuelle.

• Cellulectomie : 1 obs. n°15, 1962, réalisée à titre d'épreuve à la suite des travaux du Pr. HUGUIER.

b) Dans les cancers du col restant : 2 obs. sur 2 (n°47,48).

- La curiethérapie a été de 37,80 m.c.d. pour l'obs.47 ; 25,20 m.c.d. pour l'obs.48.

- La chirurgie
  - délai de 3 mois ½ à 4 mois ½ pour ces 2 observations, (sans motivation précise).
  - type opératoire : lymphadénectomie pelvienne dans les 2 cas, colpocervicectomie élargie dans les 2 cas.

c) Dans les cancers associés à la grossesse : 4 obs. sur 4 (n°51, 53, 54, 55)

- La curiethérapie a été 63 m.c.d dans les 4 observations (dans le post-abortum ou post-partum).

- La chirurgie :
- délai : 1 mois ½ dans les 4 observations
- type opératoire :
  - lymphadénectomie pelvienne dans les 4 observations.
  - colpohystérectomie totale dans 1 obs. (51) en raison de la limitation des lésions (microcarcinome).
  - colpohystérectomie élargie dans les 3 autres cas.

Remarque : Sur ces 29 malades ayant été traitées par l'association, Ra + Chirurgie
- aucun envahissement ganglionnaire n'a été retrouvé sur pièce opératoire
- dans 4 observations le col n'était pas stérilisé (17,18,48 (col restant), 55 (grossesse)
- dans tous les autres cas le col était stérilisé par la curiethérapie.

3) Radium - Chirurgie - Radiothérapie ou Cobaltothérapie 4 obs. sur 51 = 7,84 p.cent

a) Dans les formes classiques 3 obs. sur 37 (13, 14, 35)

- La curiethérapie a été classique dans les 3 observations : 63 m.c.d.
- La chirurgie
  - délai : 2 mois : dans 2 observations 13-14
    1 mois : dans 1 observation : 35
  - technique :

Lymphadénectomie pelvienne dans les 3 observations
Colpohystérectomie totale dans 1 obs. n°14 (obésité importante)
Colpohystérectomie totale élargie dans les 2 autres observations.

- La radiothérapie
  - a été motivée dans les 3 observations en raison de l'envahissement ganglionnaire constaté sur pièce opératoire.
  - Modalité : dans 2 observations :

Rx : obs. 13 dose prévue 12.000 r
dose reçue 6.000 r (perdue de vue)
obs. 14 dose prévue et reçue 12.000 r
dans 1 observation Cobalt. obs.35 : 8000 r. tumeur.

b) Dans les cancers du col restant 1 obs. sur 4 (n°46)

- La curiethérapie a été de 37,80 m.c.d.
- La chirurgie : - délai : 1 mois
  - technique : lymphodénectomie + colpocervicectomie élargie.
- La radiothérapie, en raison des métastases ganglionnaires et de la non stérilisation cervicale.

Rx dose prévue 12.000 r dose reçue 12.000 r.

4) Chirurgie seule 7 obs. sur 51 = 13,7 p.cent

a) Dans les formes classiques : 4 obs. sur 37 (7, 24, 27, 40).

- L'absence de curiethérapie est motivée :
dans 2 observations (7,24) par défaut de diagnostic du cancer invasif.
obs.7, 70 ans, diaphragme cachant le col, biopsie aveugle; épithélioma intra-épithélial.
obs. 24, 43 ans, Biopsie dysplasie très suspecte.
dans 2 observations (27,40) : la lésion est un microcarcinome pour lequel il n'a pas été jugé nécessaire de faire une curiéthérapie préopératoire.

- La chirurgie a été :
Hystérectomie totale - dans les 2 observations où le cancer est méconnu (7,24).
Colpohystérectomie totale - dans 1 obs. (40) : microcarcinome très limité
Colpohystérectomie totale avec lymphodénectomie dans 1 obs. (27) : microcarcinome.

b) Dans les cancers et prolapsus : 1 obs. sur 2 (44)

La curiethérapie était considérée comme impossible.
La chirurgie a été : colpohystérectomie élargie avec lymphadénectomie.

c) Dans les cancers et grossesse : 2 obs. sur 6 (50-52)

La curiethérapie a été refusée dans 1 observation : n°52, n'a pas été indiquée par défaut de diagnostic : obs.50 (découverte du cancer sur pièce opératoire - Nécrobiose et fibrome dans le post-abortum.
La chirurgie a été : Colpohystérectomie élargie - Lymphadénectomie : obs.52 - Hystérecto-

mie totale, lymphadénectomie secondaire : obs.50.

Remarque : Dans tous ces cas, où la lymphadénectomie a été pratiquée, aucun envahissement ganglionnaire n'est trouvé sur pièce opératoire.

5) Chirurgie - Radiothérapie ou Cobaltothérapie : 2 observations sur 51 = 3,9 p.cent

Ce sont 2 formes classiques : 2 sur 37 obs.

- La curiethérapie n'a pas été faite :
- en raison du défaut de diagnostic du cancer invasif obs.42 (Biopsies répétées montrant une dysplasie suspecte).
- en raison de l'impossibilité technique (diaphragme vaginal) - obs.29.

- La chirurgie a été :
  - Hystérectomie totale dans l'obs.42.
  - Colpohystérectomie totale avec lymphadénectomie dans l'obs.29.

- La colbaltothérapie a été de :
7000 r tumeur - obs.42
7500 r tumeur - obs.29.

II - SYNTHESE DES MODALITES THERAPEUTIQUES
STADE I

		Ra	Ra+Chir.	Ra+ Chir+ Rx	Chir. seule	Chir. + Rx
F.classiques	37	5=13,5%	23=62,1%	3=8,1%	4=10,8%	2=5,4%
Prolapsus	2	1	0	0	1	0
Col restant	4	1	2	1	0	0
Grossesse	6	0	4	0	2	0
Récidives	2	2	0	0	0	0
Total	51	9=17,6%	29=56,8%	4=7,84%	7=13,7%	2=3,9%

1) L'absence de curiéthérapie : 9 obs. sur 51

- en raison de l'insuffisance du diagnostic
4 obs. Formes classiques - n°7,24,42
Grossesse - n°50
- temps thérapeutique considéré non nécessaire
2 obs. Formes classiques - n°27,40 (microcarcinome)
- refus de la malade 1 obs. Grossesse n°52
- impossibilité technique
2 obs. Forme classique n°29 (diaphragme)
Prolapsus : n°44

2) L'absence de chirurgie : 9 obs. sur 51

- en raison du refus de la malade
2 obs. F.classique : n°32
Col restant : n°49

- en raison d'une contre indication opératoire
5 obs. F.classiques n°21,23,43
Prolapsus n°81
Récidive n°56
- en raison d'une complication grave 2 obs. post Ra
F.classique n°11 (péritonite)
Récidive n°57 (embolie)

3) Les modalités de la chirurgie : 42 obs. sur 51

La lymphadénectomie
- n'a pas été pratiquée chez 4 malades sur 42 (toutes les 4 : formes classiques)
- cancer méconnu n°7,24,42
- non indiquée (?) n°40 (microcarcinome)
- a été pratiquée chez les 38 autres malades.

Remarque : l'envahissement ganglionnaire a été noté dans 4 obs. (13,14,35,46) soit dans un pourcentage de 10,5 p.cent.

L'hystérectomie chez les 42 malades a été :
limitée dans 15 obs. sur 42 = 35,7 p.cent
(13 formes classiques - 2 grossesses)
(colpohystérectomie totale)
en raison de l'insuffisance du diagnostic pré-opératoire:4 obs. (7,24,50,42)
en raison du mauvais état général :
3 obs. (19,25,14)
en raison de la limitation des lésions :
4 obs. (27,40,20,51)
sans motif valable retrouvé :
4 obs. (29,17,37,41)

élargie dans 26 observations soit : 61,9p.cent
(colpohystérectomie totale élargie)
très élargie dans 1 obs. (15) Cellulectomie.

4) La radiothérapie ou cobaltothérapie complémentaire : 6 observations sur 51 :

n'a été pratiquée uniquement qu'après chirurgie :
- dans 4 observations pour métastases ganglionnaires (13,14,35,46)
- dans 2 observations pour des malades n'ayant pas eu de radium (29,42).

Nous devons remarquer l'insuffisance des indications de la radiothérapie dans nos observations. En effet sur les 42 malades opérées, 11 malades présentaient des lésions cervicales évolutives sur pièce opératoire (en dehors de celles qui présentaient une métastase ganglionnaire)
soit par absence de Ra préalable (7,24,27,29,42,50,52) = 7
soit par non stérilisation après Ra (17,18,48,55) = 4

Or seules 2 d'entre elles ont eu un traitement radiothérapique complémentaire.

Evolution

Parmi nos 51 observations, certaines malades ont été suivies régulièrement par nous, d'autres que nous n'avons pu suivre ont fait l'objet d'une enquête précise auprès des médecins traitants (ce détail est mentionné dans les observations), enfin, certaines sont considérées comme perdues de vue définitivement.

Nous étudions l'évolution :
1°- en résultats généraux
2°- en fonction des différents éléments de pronostic.

1) Evolution générale

Nous l'étudions :

- d'une manière analytique, par année évolutive
- d'une manière synthétique, en fonction du recul évolutif.

Nous distinguerons pour chacun de ces paragraphes :
- les malades perdues de vue
- l'évolution non compliquée
- la morbidité cancéreuse
- la mortalité cancéreuse

a) Evolution par année évolutive

(voir tableau p.suivante)

Nous remarquons ainsi que la morbidité cancéreuse a été observée dans 3 observations :
- la 1ère année - obs. 37 Récidive ganglionnaire - guérie après cobaltothérapie complémentaire
- la 2e année - obs.41 - Récidive ganglionnaire - guérie après cobaltothérapie complémentaire
- la 4e année - obs.20 - Récidive vaginale, rebelle malgré traitement complémentaire aboutissant au décès la 7e année.

La mortalité cancéreuse a été observée dans 3 observations :

- la 2e année : 2 cas (= 4,2 p.cent) obs.13 et 35

- la 7e année : 1 obs. (n°20) à la suite de récidives répétées et rebelles depuis la 4e année.

Année	Nombre	Perdue de vue	Nombre corrigé	Evol.normale	Morbidité K	Mortalité K	Divers
1°	51	0	51	50 = 98 %	1=1,9% (37)	0	-
2°	50	3(57) (53) (14)	47	44 =93,6%	1=2,1% (41)	2=4,2%(13) (35)	
3°	39	0	39	39=100%	0	0	
4°	33	1(44)	32	31=96,8%	1=3,1%(20)	0	
5°	29	0	29	28=96,5%	1=3,4%(20)	0	
6°	27	0	27	26=96,2%	1=3,7%(20)	0	(43) dcd cause g^{le}
7°	21	0	21	20=95,2%	0	1=4,7%(20)	(45) dcd cause g^{le}
8°	16	0	16	16=100%	0	0	
9°	10	0	10	10=100%	0	0	
10°	5	0	5	5=100%	0	0	

b) Evolution selon le recul

Notre étude porte sur 10 années (1958-1967). Le recul s'échelonne donc entre 10 et 1 an.

(voir tableau p.suivante)

- Les malades "perdues de vue" : l'ont été :
  3 à la fin de la 1° année obs.14-53-57
  1 à la fin de la 3e année (obs.44) était en bonne santé.

- La morbidité cancéreuse :
a été précoce (1° et 2° année) mais temporaire dans 2 observations :
  . obs.37 (topo)
  . obs.41 (topo).

Obs.n°37 : 49 ans, épi pavim.anapl. Traitement : Radium 65,60 mcd, Chirurgie : CHT, lympha.pelvienne bilatérale incomplète - Pièce opératoire : col stérilisé, absence de métastases ganglionnaires. 9e mois post-ap. : récidive ganglionnaire gauche. Cobaltothérapie 8000 r tumeur - évolution secondaire sans complication.

Obs. n°41 : 36 ans, épi pavim.interm. Traitement : Radium 50,40 mcd, Chirurgie : CHT, lympha.pelvienne bilatérale. Pièce opératoire: Col stérilisé, absence de métastase ganglionnaire. Un an après : métastase ganglionnaire gauche. Cobaltothérapie 7000 r tumeur - évolution secondaire normale, mais réaction cutanée très importante aux radiations.

a été tardive (4° année) et fatale dans 1 observation (n°20).

- La mortalité cancéreuse :
  . a été précoce (fin de 1° année) dans 2 observations :

Recul	Nombre	Perdue de vue	Nombre corrigé	Evol.normale	Morbidité K	Mortalité K	n° d'observations
10 ans	5	0	5	3 = 60 %	2=40%(37) (41)	0	11,17,37,39,41
9 ans	7	2(57, 44)	5	5 = 100%	0	0	23,57,44,9,28, 36,46
8 ans	8	0	8	6 = 75 %	0	2=25% (20,13)	21,49,16,20,33, 51,54,13
7 ans	4	0	4	4 = 100%	0	0	45,56,52,47
6 ans	6	0	6	6 = 100%	0	0	32,43,24,15, 25,55
5 ans	3	1(14)	2	2 = 100%	0	0	38,48,14
4 ans	3	0	3	3 = 100%	0	0	10,19,22
3 ans	7	1(53)	6	6 = 100%	0	0	7,40,8,12,18, 26,53
2 ans	7	0	7	6 = 85,7%	0	1=14,2% (35)	27,29,42,30,31, 34,35
1 an	1	0	1	1 = 100%	0	0	50
Total	51	4	47	42	2	3=7,1%	

obs. 13, 37 ans - Epi pavim.interm. Traitement : Ra 63 mcd - Chir. CHT élargie lymphadénectomie - Pièce opératoire : col stérilisé. Métastases ganglionnaires. Rx - 12000 r prévu, 6000 r reçu. Traitement interrompu par la malade. Un an après : Epanchement pleural et péricardique. Bloc tumoral hypogastrique - Métastases osseuses - Décès.

Obs.35 - 44 ans, épi pavim.interm. Traitement Radium 63 mcd. Chirurgie : CHT élargie, lymphadénectomie pelvienne bilatérale. Pièce opératoire : col stérilisé, métastase ganglionnaire. Cobaltothérapie : 8000 r tumeur. 4 mois post-opératoire : état cachectique sans signes locaux d'extension, mais avec exclusion du rein G. intervention exploratrice au 8e mois : tumeur ganglionnaire rétro pancréatrice, extirpation impossible. Décédée à la fin de la 1ère année.

. a été tardive (7e année) dans 1 observation :

obs. 20, 55 ans, épi pavim.interm. Traitement: Radium 65 mcd. Chirurgie CHT, lymphadénectomie pelvienne bilatérale. Pièce opératoire : col stérilisé, absence de métastases ganglionnaires. 4e année : récidive vulvo-vaginale : radium 37,80 mcd. 5 ans ½ après : autre localisation vaginale basse, cobaltothérapie 4200 r. 6e année : récidive très rapidement évolutive avec extension pelvienne. Retentissement urinaire, décédée.

Remarque : Nous n'avons pas inclus dans cette étude évolutive la morbidité ou la mortalité sans rapport avec l'évolutivité carcinologique. Nous signalerons toutefois :
- que 2 malades sont décédées d'affection intercurrente d'ordre général
  obs.45, 81 ans, dcd.la 6e année (87 ans)
  obs.43, 80 ans, dcd la 5e année (85 ans)

- que les malades ont présenté une morbidité d'ordre chirurgical :
1 compression urétérale haute (obs.54), réopérée - guérie
1 fistule recto vaginale (obs.16)
1 lymphocèle pelvienne (obs.25)
1 oedème du membre inférieur (obs.22)

Ainsi, l'évolution générale des cancers stade I a été :
= Mortalité globale : 3 sur 51 = 7,1 %
= Si l'on considère le "cap" de la 5e année : 30 malades ont un recul de 5 ans
auquel il faut ajouter 1 malade n'ayant qu'un recul de 2 ans, mais dcd la 1ère année
= 31 malades

survie - globale : 29 = 93,5 % non compliquée de morbidité : 26 = 89,6 %
compliquée de morbidité : 3 = 10,3 %

Mortalité - globale : 2 = 6,4 %

= Le cap de la 5e année passé, nous rappelons que nous avons observé un cas de mortalité tardive (7e année) mais qui présentait une récidive apparue depuis la 4e année (obs.20).

2) Evolution en fonction des différents éléments du pronostic

Ainsi, quel que soit le recul évolutif, sur 51 observations nous avons eu :

3 morts par évolution du cancer obs. 13,35,20
2 récidives locales temporaires obs. 37,41.

Nous étudions dans ce chapitre le pronostic en fonction d'un certain nombre d'éléments :
- âge des malades
- ancienneté du premier signe connu
- importance de la lésion locale
- forme clinique
- modalités thérapeutiques.

Il est certain que dans cette évolution nous ne pouvons tenir compte que des malades ayant un recul de 5 ans ou plus (soit 31 malades) Obs. 11, 21, 23, 32, 43, 45, 49, 56, 24, 52, 9, 15, 16, 17, 20, 25, 28, 33, 36, 37, 38, 39, 41, 47, 48, 51, 54, 55, 46, 13, et 35 (dcd après recul de 1 an).

a) Etude en fonction de l'âge (sur 31 observations) :

Evolution	20-34 ans	35-39	40-44	45-49
Normale	2= 100%	5=71,4%	6=85,7%	2 = 66,6%
Morbidité passagère	0	1=14,2% (41)	0=	1 = 33,3% (37)
Mortalité	0	1=14,2% (13)	1=14,2% (35)	0
Total	2	7	7	3

	50-54	55-59	60-69	> 70
Normale	3=100%	4=80%	2=100%	2= 100%
Morbidité passagère	0	0	0	0
Mortalité	0	1=20% (20)	0	0
Total	3	5	2	2

Nous constatons que l'évolution carcinologique est moins bonne dans le groupe des femmes relativement jeunes :
avant 45 ans : 16 malades - 2 décédées = 12,5%
après 45 ans : 15 " - 1 décédée = 6,6%

b) Etude en fonction de l'ancienneté du premier signe (sur 27 observations)

Evolution	1 m	2 m	3 m	4 m	5 m	6 m	7 m	8 m	9 m
Normale	7	1	5	1	0	2			
Morbidité	1	1	0	0	0	0			
Mortalité	0	1	1	0	0	0			
Total	8	3	6	1	0	2	0	0	0

	10 m	11 m	1 an	2 ans	3 ans
Normale			5	0	1
Morbidité			0	0	0
Mortalité			0	1	0
Total	0	0	5	1	1

Nous avons exclu de ce paragraphe les cancers découverts au cours de la grossesse (4 obs. 52, 51, 54, 55). La symptomatologie se confondant avec l'accident gravidique ne permettait pas dans nos observations une évolution correcte de ce délai.

Nous constatons que lorsque la symptomatologie date :

- de moins d'un an : 20 obs. 2 décédées = la mortalité est de 10 % avec un maximum chez les malades dont le délai est de 1 à 3 mois: 11,7 %
- de plus d'un an = 7 obs. 1 décédée = la mortalité est de 14,2 %.

c) Importance de la lésion initiale = (sur 31 observations)

Evolution	Petites tumeurs	Grosses tumeurs
Normale	11 = 91,6%	15 = 78,9%
Morbidité	0	2 = 10,5%
Mortalité	1 = 8,3%	2 = 10,5%
Total/31	12	19

Ainsi comme il est logique les petites tumeurs ont donné un chiffre supérieur de survie. La morbidité et mortalité la plus importante se retrouvent dans les grosses tumeurs.

d) Pronostic selon les formes cliniques

Evolution	F.typiques	Prolapsus	Col restant	Grossesse	Récidive
Normale	16=76,19	1	3=100%	5=100%	1
Morbidité	2=9,5%	0	0	0	0
Mortalité	3=14,2	0	0	0	0
Total/31	21	1	3	5	1

Ainsi toute la pathologie évolutive se retrouve dans les formes cliniques typiques.

e) Pronostic en fonction des modalités thérapeutiques

• Radium seul 8 obs. Evolution normale = 8 = 100 %

Nous devons rappeler que dans 1 obs. (11) ce traitement a été compliqué d'une pelvipéritonite grave.

• Chirurgie seule 2 obs. Evolution normale = 2 = 100 %

. Chirurgie limitée = obs.24 - Diagnostic non fait - Hystérectomie totale pour séquelles de salpingite. Pièce opératoire : Epith.invasif limité en surface - Recul 6 ans.

. Chirurgie élargie - Obs.52 - Lésion découverte à l'occasion d'un avortement de 2 mois, radium refusé. Colpohystérectomie élargie avec lymphadénectomie - Recul 7 ans.

. Radium-chirurgie - 18 obs.

Evolution normale	15 = 83,3 %
Morbidité	2 = 11,1 %
Mortalité	1 = 5,5 %

. La morbidité a consisté en des récidives ganglionnaires.
obs.37 - 1958 - Récidive ganglionnaire la 1ère année -(lymphadénectomie incomplète en raison d'un accident veineux per-opératoire)

obs.41 - 1958 - Récidive ganglionnaire la 1ère année - Cobaltothérapie permettant la guérison - Recul 10 ans.

Ces deux observations entraient dans le lot de nos premières interventions de ce type.

. La mortalité se résume dans 1 observation : obs. 20 - Petite lésion cervicale - Radium - Chirurgie élargie - Lymphadénectomie - Col stérilisé, absence de métastases ganglionnaires. La 4e année récidive vaginale basse - traitée par Radium. La 5e année récidive vulvaire - Cobaltothérapie - La 6e année extension rapide - Décès.

Nous devons rappeler ici la morbidité opératoire, non carcinologique :

obs.16 : Fistule recto vaginale
obs.25 : Lymphocèle pelvienne.

. Radium-Chirurgie-Radiothérapie 3 obs.
Evolution normale = 1 = 33,3 %
Mortalité = 2 = 66,6 %

Dans ces 2 observations il existait un envahissement ganglionnaire.

Obs.13 - Radium, chirurgie élargie, pièce opératoire : envahissement ganglionnaire. Radiothérapie incomplète dose prévue 12000 r, dose reçue 6000 r. Extension - Métastases séreuses, osseuses. Décès fin de 1ère année.

Obs.35 - Radium, chirurgie élargie, pièce opératoire : envahissement ganglionnaire - Cobaltothérapie 8000 r.
Dans les mois qui suivent : métastases ganglionnaires rétro pancréatiques, avec pelvis souple - Décédée 1ère année.

Ainsi si l'on considère les modalités thérapeutiques :
- Le Ra seul a donné sur 8 cas :
  survie (+) 5 ans 100 %
- La chirurgie seule sur 2 cas :
  survie (+) 5 ans 100 %
- Radium + chirurgie sur 18 cas :
  survie + 5 ans 94 %
- Radium + chirurgie + Rx sur 3 cas :
  survie + 5 ans 33,3 %

Ces pourcentages doivent évidemment être interprétés en fonction de la gravité des lésions locales.

Dans le cadre de ce chapitre concernant le pronostic selon les modalités thérapeutiques deux autres éléments nous paraissent intéressants à étudier :

- pronostic en fonction de l'importance du geste chirurgical
- pronostic en fonction des données de l'examen anatomopathologique d'une pièce opératoire.

L'importance du geste chirurgical sur 23 opérées :

Evolution	Chirurgie limitée	Chirurgie élargie	Chirurgie très élargie
Normale	4=57,1%	13=86,6%	1 = 100 %
Morbidité	2=28,5%	0	0
Mortalité	1=14,2%	2=13,3%	0
Total/23	7	15	1

Ces chiffres tendent à démontrer l'intérêt de la chirurgie élargie.

f) Données anatomopathologiques des pièces opératoires

Sur 23 malades opérées avec un recul de plus de 5 ans, nous observons :
- col non stérilisé : malades n'ayant pas eu de radium 20 = col non stérilisé:2 (24,52)
malades ayant eu du radium :
21 = col non stérilisé : 4 (17,48,55,46)

- ganglions envahis (sur 22 malades)
22 = envahissement : 3 (46,13,35).

Evolution	Col non stérilisé	Envahissement ganglionnaire
Normale	6= 100 %	1 = 33 %
Morbidité	0	0
Mortalité	0	2 = 66 %
Total	6	3

Nous avons déjà remarqué que chez les malades à col non stérilisé :
sur 6 malades : 1 seule a eu un traitement radiothérapique complémentaire
obs.46 (il existait un envahissement ganglionnaire associé).

Les 3 malades présentant un envahissement ganglionnaire ont toutes les 3 reçu un traitement radiothérapique ou cobaltothérapique complémentaire.

La gravité classique de l'envahissement ganglionnaire ressort bien de cette statistique.

-:-

STADE II

Notre statistique comporte 21 observations classées cliniquement stade II (observations n°58 à 78).

Répartition des observations selon les années

Années	1958	1959	1960	1961	1962
numéros d'obs.	58-59 60-61	62-63 64-65	66-67 68-69		
nbre total stade I	4	4	4	0	0
% sur 21	19,04	19,04	19,04	-	-
nbre tot. cancers p/année	16	19	16	10	12
% sur total	25	21,05	25	0	0

	1963	1964	1965	1966	1967
numéros d'obs.		70-71 72-73	74-75 76	77-78	
nbre total stade I	0	4	3	2	0
% sur 21	-	19,04	14,28	9,52	-
nbre to. cancers p/année	5	14	12	11	8
% sur total	0	28,57	25	18,18	0

Ce tableau qui objective les variations de recrutement des malades selon le stade, au cours des différentes années étudiées, montre, malgré le faible nombre d'unités découvertes par année, une disparité importante, puisqu' entre 1961 et 1963 inclus, pas un seul cancer de stade II n'a été observé dans le cadre de notre recrutement. Les cancers de stade II représentent à peine un cinquième des cancers observés (17,2 p.cent des 123 cancers).

Age des malades

Age	<20	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44
n°obs.				60	61-63	62-65 68-70-73-76-77-78
Total	0	0	0	1	2	8
% s/21	-	-	-	4,76	9,52	38,09
nb.tot. cancer p/âge s/123	0	0	3	7	14	21
% s/t.	-	-	-	14,28	14,28	38,09

	45-49	50-54	55-59	60-69	> 70
n°obs.	59-67 74	72-75	58-64 66	71	69
Total	3	2	3	1	1
% s/21	14,28	9,52	14,28	4,76	4,76
nb.tot. cancer p/âge s/123	18	14	15	15	16
% s/ total	16,66	14,28	20	6,66	6,25

Ainsi, si l'on considère la fréquence du cancer au stade II, on constate que :
- avant 40 ans, nous avons observé 3 cas soit 14,2 p.cent
- entre 40 et 50 ans, notre statistique comporte 11 cas, soit 52,3 p.cent
- enfin après 50 ans notre statistique comporte 7 cas, soit 33,3 p.cent

Si l'on considère la fréquence des stades II par rapport aux groupes d'âge, sur le nombre total des cancers observés, on constate par ordre décroissant :
- la plus grande fréquence observée dans le groupe 40-44 ans
- la fréquence importante bien que moindre dans le groupe 55-59 ans
- une fréquence plus faible dans les groupes 30-34, 35-39 et 45-49
- enfin une fréquence faible chez les femmes âgées de plus de 60 ans.

Circonstances de découverte

Sur les 21 observations stade II clinique, il convient de distinguer :
- 20 cancers de forme clinique classique soit 95,06 p.cent
- et une seule observation de cancer et prolapsus, le n°69, soit 4,04 p.cent.

1) Formes cliniques habituelles : 20 cas

a) Les signes fonctionnels de découverte :
- Dans une observation, le n°64, il n'existait pas de métrorragies, mais des leucorrhées post-ménopausiques depuis un mois et demi ; examen: bourgeonnement ligneux, biopsie: épithélioma pavimenteux intermédiaire.
- Dans les 19 autres observations, ce sont des métrorragies qui ont amené les malades à consulter.

Le tableau suivant expose le délai séparant le premier symptôme de la découverte de la tumeur en fonction du groupe d'âge de la malade.

(voir tableau p.suivante)

Ainsi, si l'on considère :
1) le délai séparant le premier symptôme de la découverte de la tumeur sans tenir compte de l'âge, on constate que :
- 16 malades présentaient des métrorragies de moins d'un an, soit 84,2 p.cent
. 3 consultent pour métrorragies très récentes :
obs. n°61 : col bourgeonnant, extension Para G + épi.indiff.anal.métaplasique.
obs. n°71 : col bourgeonnant, ext.1/3 sup. vagin épi.épid.diffKimmat.
obs. n°72 : endocol saignant facilement. Biopsie : petit foyer d'épith. intra épith. Conisation : épi.malp.interm.invasif ext. Para G.

. 5 consultent pour métrorragies datant de 1 mois :
obs. n°58 : col bourgeonnant. Epi.pav.spino cell.invasif. Ext.vagin Para G.
obs. n°59 : col épi.pav.interm. Ext.vagin et Para D et G.
obs. n°62 : col bourgeonnant. Epi pav.interm. Ext. Para G.
obs. n°68 : col bourgeonnant. Epi. interm.endoc. Ext. Para G ++
obs. n°76 : col : énorme choux-fleur. Epi. pav.interm. Ext.vaginale-cystoscopie : moins bonne rétraction de l'orifice urétéral droit.

. 5 consultent pour métrorragies datant de 3 mois :
obs. n°60 : cratère cervical. Epi. pav. exocervical. Ext. para X 2

Délai	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-69	> 70	Total
< 1 mois			61			72		71		3
1 mois				62-68 76	59		58			5
2 mois										0
3 mois		60	63	65-73	67					5
4 mois										0
5 mois				70						1
6 mois				78		75				2
7 mois										0
8 mois										0
9 mois										0
10 mois										0
11 mois										0
1 an				77			66			2
2 ans					74					1
3 ans										0
Total	0	1	2	8	3	2	2	1	0	19

obs. n°63 : col bourgeonnant. Epi pav.interm. Ext. para D.
obs. n°65 : col bourgeonnant. Epi pav.interm. développé à partir d'une métaplasie de l'endocol. Ext. Para x 2.
obs. n°67 : col bourgeonnant. Epi. malpigh. interm. Ext. Para G.
obs. n°73 : col bourgeonnant. Epi épidermoïde diff. immature. Ext.Para D + et G ++, paroi ant. du trigone soulevée. OUD se contractant faiblement, OUG : bulle oedémateuse, pas de contraction. UIV :surpression pelvienne débutante.

. 1 consulte pour métrorragies datant de 5 mois :
obs. n°70 : col bourgeonnant. épi malpigh. interm. Ext : déborde sur le vagin.

. 2 consultent pour métrorragies datant de 6 mois :
obs. n°75 : col d'aspect normal mais gros, multiples kystes endométriosiques. Ext. obtur. isthmique totale (hystéro.). Epi interm. à tendance léger spino.cellul. s'étendant vraisemblablement aux dépens d'une métapl. endocervicale, métastase ovarienne (pièce opératoire).
obs. n°78 : col bourgeonnant. Epi malpigh., interm. invasif Ext. Para D + et G +, état congestif du bas fond vésical. UIV : légère surpression des cavités.

. 2 malades présentaient des métrorragies depuis entre 1 et 2 ans, soit 10,5 p.cent.

obs. n°66 : irrégularités anfractueuses du col. épi. pav. interm. Ext : infilt. Para D, ext.vaginale en avant.
obs. n°77 : col bourgeonnant. épi. spino-cellulaire. Ext. Para G envahi.

. 1 malade présentait des métrorragies depuis entre 2 et 3 ans, soit 5,25 p.cent

obs. n°74 : col bourgeonnant. épi malpigh. spino cellulaire typique végétant. Ext. Para D + et G +. UIV : surpression à droite.

2) Nous avons essayé d'établir la relation entre le délai clinique et l'âge des malades.

Groupe d'âge	Nombre obs.	< 1 an	%	1 an	%	2 ans	%	3 ans	%
30 à 39ans	3	3	100	0	-	0	-	0	-
40 à 49ans	11	9	81,8	1	9,1	1	9,1	0	-
50 à 59ans	4	3	75	1	25	0	-	0	-
60 ans	1	1	100	0	-	0	-	0	-
Total	19	16		2		1		0	

Nous constatons que la grande majorité des femmes vient consulter rapidement après le premier symptôme, dans une proportion sensiblement égale selon le groupe d'âge.

L'examen clinique a révélé dans ces 20 observations classiques :

- Un col d'aspect normal

N° obs.	Age	Signe	Délai	diagnostic
75	50	métro.	5 m ½	col gros mais aspect normal - kystes endométriosiques vaginaux épi.interm.

- Dans un cas, l'aspect n'était pas évocateur du cancer invasif.

N° obs.	Age	Signe	Délai	Diagnostic
72	53	métro.	8 jours	Endocol saignant facilement. Epithélioma inter épithélial à la biopsie - Conisation : épi malpighien intermédiaire invasif.

- Dans tous les autres cas la lésion du col est macroscopiquement évidente.

N° obs.	Age	Signe	Délai	Diagnostic
60	33	métro.	3 mois	Biopsie: épi.pavim. exo cervical
61	35	métro.	réct.	Biopsie: épi.indiff. cerv.métapl.
62	40	métro.	1 mois	Biopsie: épi.pavim. intermédiaire
63	37	métro.	3 mois	Biopsie: épi.pavim. intermédiaire
64	56	leuch.	1 m ½	Biopsie: épi interm. légèrement spino-cell.
65	40	métro.	3 mois	Biopsie: épi pavim. interm.développé à partir métapl.endocol.
66	57	métro.	1 an	Biopsie: épi pavim. interm.
67	46	métro.	3 mois	Biopsie: épi malpigh. interm.
68	43	métro.	1 mois	Histologie non retrouvée

N° obs.	Age	Signe	Délai	Diagnostic
70	43	métro.	5 mois	Biopsie : épi malpigh. interm.
71	68	métro.	3 sem.	Biopsie : épi épiderm. différencié immature
73	43	métro.	3 mois	Biopsie : épi épiderm. différencié immature
74	46	métro.	2 ans	Biopsie : épi.malpigh. spino cellul.typique végétant
76	42	métro.	1 mois	Biopsie : épi.pavim. intermédiaire
77	44	métro.	1 an	Biopsie : épi spino-cellulaire
78	42	métro.	6 mois	Biopsie : épi.malpigh. interm.invasif
58	58	métro.	1 mois	Biopsie : épi.pav. spino cell.invasif
59	45	métro.	1 mois	Biopsie : épi.pavim. intermed.

Ainsi, en dehors d'un seul cas, où le signe d'alarme est la leucorrhée (obs. n°64), et où la lésion est un épithélioma pavimenteux intermédiaire,

Dans les 19 autres observations, nous avons schématisé les aspects cliniques de diagnostic et remarquons :

. que dans une observation (75), le col est d'aspect normal, même gros, l'utérus est douloureux, et sur l'hystérographie, on a noté une obturation isthmique totale. Au cours de l'hystérectomie totale qui est pratiquée, découverte d'un aspect suspect de la paroi isthmique en plein muscle. Sur la pièce opératoire,

N°obs.	Age	Délai signe initial-Diagnostic	Para D	Para G	Vagin	Retent. vésical	Retent. UIV
58	58	1 mois		+	+		
59	45	1 mois	+	+	+		
60	33	3 mois	+	+			
61	35	récentes		+			
62	40	1 mois		+			
63	37	3 mois	+				
64	56	1 mois ½	+			+	+
65	40	3 mois	+	+			
66	57	1 an	+		+		
67	46	3 mois		+			
68	43	1 mois		+			
70	43	5 mois		+	+		
71	68	récentes		+	+		
72	53	récentes		+			

73	43	3 mois	+	+		+	+
74	46	2 ans	+	+			+
75	50	6 mois	Diagnostic clinique non fait				
76	42	1 mois			+	+	
77	44	1 an		+			
78	42	6 mois	+	+		+	+

on fait le diagnostic exact : épithélioma intermédiaire à tendance légèrement spino cellulaire s'étendant en profondeur à l'intérieur de la paroi cervicale, vraisemblablement aux dépens d'une métaplasie endocervicale.

. que dans un cas (72), l'aspect du col n'évoquant pas un cancer invasif, le diagnostic a pu être précisé grâce à la conisation.

. que dans tous les autres cas, la lésion était manifestement néoplasique, qu'il s'agisse de bourgeonnement ligneux (64) ou d'irrégularités anfractueuses (67) ou encore de bourgeons cervicaux.

Parmi ces 18 autres cas (comprenant le n°64, malade consultant pour leucorrhée) correspondent des délais :

. inférieur à un an : 60, 61, 62, 63, 64, 65, 67, 68, 70, 71, 73, 76, 78, 59 soit 15= 83,3%
. un an : 66,67 soit 2= 11,1%
. deux ans soit 1= 5,5%

La recherche des pourcentages, malgré le petit nombre de cas, ne met pas en évidence la relation entre le délai d'un symptôme et l'importance de la lésion cervicale proprement dite au stade II.

Il est intéressant de noter, enfin, le type d'extension clinique.

(voir tableau p. précédente)

2) Forme clinique particulière :
nous étudions : un cancer sur prolapsus :
n°69, 75 ans, métrorragies depuis 6 mois - col bourgeonnant, épithélioma invasif spinocellulaire kératinisant.

Traitement - Méthodes et Indications

Cinq modalités thérapeutiques ont été utilisées chez ces 21 malades.

Modalités thérapeutiques	Nombre sur 21	Formes classiques	Prolapsus
1) Radium seul	1=4,7%	0	1=100%
2) Radium-radiothérapie	1=4,7%	1= 5%	0
3) Radium-chirurgie	13=61,9%	13=65%	0
4) Radium-chirurgie-radiothérapie	5=23,8%	5= 25%	0
5) Chirurgie-Cobaltothérapie	1=4,7%	1= 5%	0
Total	21	20	1

I°- Radium seul:1 observation = 4,7 p.cent (cancer sur prolapsus)

obs.69 - malade de 75 ans : épithélioma spinocellulaire. Chirurgie contr'indiquée en raison de l'âge et de l'état cardio-vasculaire. Radium 63 mcd.

2°- Radium + Radiothérapie:1 observation = 4,7 p.cent

obs. n°61 : 35 ans, curiethérapie 75,6 mcd - chirurgie refusée. Radiothérapie complémentaire 9000 r dans un autre centre.

3°- Radium + Chirurgie:13 observations, n° 58, 59, 60, 63, 64, 65, 70, 71, 72, 73, 74, 77, 62 = 61,9 p.cent . Toutes formes typiques.

a) Curiethérapie
- a été classique : 63 millicuries détruites dans 11 observations : 58, 60, 63, 64, 65, 70, 71, 72, 73, 74, 62.

- a été inférieure aux doses habituelles dans 1 observation : 59.
. 45 ans, extension vaginale très importante, impossibilité de curiethérapie utérine ; pose d'une sonde vaginale, dose 25,20 mcd.

- a été supérieure à la dose habituelle dans 1 observation : 77
. 44 ans, curiethérapie vaginale et utérine : 75,6 mcd, cette dose dépendant uniquement du curiethérapeute l'ayant appliquée.

b) Chirurgie

- Le délai séparant la curiethérapie de la chirurgie a été :

1 mois ½	n° 58,60,63,65,74,77	6
2 mois	n° 59,72,73,62	4
2 mois ½	n° 64,70,	2
3 mois	n° 71	1

- La technique
. la lymphadénectomie pelvienne complète a été pratiquée dans tous ces cas.
. la colpohystérectomie a été réalisée selon 2 types :

Type	n° observations	Total
Colpohystérectomie totale	70,71	2 = 15,3%
Colpohystérectomie élargie	58,59,60,63,64,65, 72,73,74,77,62	11 = 84,6%
Total		13 =100%

Motivation de ces types opératoires :
- Les 2 interventions limitées (obs.70,71) ont été motivées en raison du mauvais état général de la malade, particulièrement dans

l'observation 71 (gros foie cirrhotique)

Remarque : Chez ces 13 malades ayant été traitées par l'association Ra-Chirurgie
- aucun envahissement ganglionnaire n'a été retrouvé sur les pièces opératoires
- dans 1 observation le col n'était pas stérilisé par le Ra (obs.71)
- dans les 12 autres cas le col était stérilisé.

4°- Radium + Chirurgie + Radiothérapie :
5 observations, n° 66,67,68,76,78 = 23,8 p.cent
Toutes formes typiques.

a) Curiethérapie
- a été classique (63 mcd) dans 4 observations
- a été inférieure à la dose habituelle (37,80 mcd) dans une observation = 76, impossibilité de curiethérapie intra utérine en raison du volume de la tumeur.

b) Chirurgie

Le délai après Radium a été :

1 mois obs. 68
1 mois ½ obs. 66 et 78
2 mois obs. 67 et 76

- La technique
. la lymphadénectomie pelvienne a été pratiquée dans les 5 observations
. la colpohystérectomie élargie a été pratiquée dans les 5 observations.
Un temps urinaire s'est avéré nécessaire dans l'observation n°68 : urétère droit englobé dans le paramètre ; section réimplantation vésicale.

c) Radiothérapie : motivée dans les 5 observations en raison de la persistance foyers tumoraux intra cervicaux. Dans aucune de ces ob-

servations n'a été notée de métastase ganglionnaire.

- Dans 3 observations il s'agit de radiothérapie,
une seule a été réalisée complètement : n°68 : 12000 r
deux ont été incomplètes :
n°66 : arrêt en raison d'un épisode fébrile 7200 r
n°67 : arrêt en raison d'une leucopénie importante 10200 r.

- Dans 2 observations il s'agit de cobaltothérapie :
n°76 : 12500 r
n°78 : 7000 r

5°- Chirurgie + Cobaltothérapie : 1 observation : 4,7 p.cent.
Obs. n°75 : 50 ans, le diagnostic clinique n'a pas été fait : multiples foyers endométriosiques cervicaux ; gros utérus. Obturation isthmique à l'hystérectomie ; hystérectomie totale pour endométriose découverte à l'histologie de la tumeur infiltrante et métastasiante à l'ovaire.
Cobaltothérapie 12000 r.

SYNTHESE DES MODALITES THERAPEUTIQUES STADE II

		Ra	Ra+Rx	Ra-Chir.	Ra-Chir. Rx	Chir-Rx
Formes classiques	20	0	1	13	5	I
Prolapsus	1	1	0	0	0	0
Total	21	1	1	13	5	1

1) L'absence de curiethérapie : 1 obs.sur 21
obs.75 : en raison de l'insuffisance de diagnostic.

2) L'absence de chirurgie : 2 obs. sur 21
- en raison du refus de la malade (obs.61)
- en raison du mauvais état général (obs.69).

3) Les modalités de la chirurgie 19 obs.sur 21

La lymphadénectomie pelvienne a été pratiquée chez les 18 malades.

Remarque : Dans aucun de ces cas n'a été observé d'envahissement ganglionnaire.

. ne fut pas pratiquée dans l'observation 75 (diagnostic clinique erroné).

L'hystérectomie a été :
limitée dans 3 obs. sur 19 = 15,7 p.cent
en raison de l'insuffisance du diagnostic (obs.75)
en raison du mauvais état général (obs.70,71)

élargie dans 16 observations = 84,2 p.cent.

4) La radiothérapie ou cobaltothérapie complémentaire 7 obs. sur 21

- après radium dans une observation (n°61) - chirurgie refusée
- après chirurgie dans 6 observations
- comme traitement complémentaire de chirurgie limitée par diagnostic erroné (obs.75)
- en raison de la non stérilisation des lésions après chirurgie élargie dans 5 obs. (n°66,67,68,76,78).

Comparativement au stade I, seule 1 observation sur 7 présentant une persistance des foyers tumoraux sur pièce opératoire n'a pas été irradiée (obs.71) en raison du décès post-opératoire (cirrhose hépatique).

Evolution

Comme pour le stade I, l'évolution a été jugée pour un certain nombre de malades, par la surveillance régulière que nous avons pratiquée, pour les autres, par l'enquête entreprise. Nous étudions l'évolution
1) en résultats généraux
2) en fonction des différents éléments du pronostic.

1) Evolution générale

Nous l'étudions
- d'une manière analytique par année évolutive
- d'une manière synthétique en fonction du recul évolutif.

Nous distinguerons pour chacun de ces groupes :
- les malades perdues de vue
- l'évolution non compliquée
- la morbidité cancéreuse
- la mortalité cancéreuse.

a) Evolution par année évolutive

(voir tableau p.suivante)

Obs.59 : 45 ans, métrorragies depuis 1 mois - épi.pavimenteux intermédiaire, extension vaginale et paramétriale droite et gauche.
Traitement : radium 25,20 mcd (limitation due au volume de la tumeur).
Colpohystérectomie élargie et lymphadénectomie.
Anatomie pathologique : col stérilisé, absence de métastase ganglionnaire.
Suites : 2e année : récidive vaginale, radium 37,80 mcd, suites normales.
6e année : sciatique attribuée à récidive au niveau du plexus sacré - cordotomie spino-thalamique. Décès - On regrette qu'un "new look" n'ait pas été fait.

Année	Nombre	Perdue de vue	Nb.corrigé	Evolut. normale	Morbidité K	Mortalité K	Divers
1°	20	0	20	20=100%	0	0	1 dcd post-opérat.(71)
2°	19	2(70,61)	17	12=70,5%	3=17,6% (67,59,60)	2=11,7% (75,76)	
3°	14	1(69)	13	11=84,6%	1=7,6% (60)	1=7,6% (67)	
4°	11	0	11	10=90,9%	0	1=9,0% (60)	
5°	8	0	8	8=100%	0	0	
6°	8	0	8	8=100%	0	0	
7°	8	0	8	6=75%	1=12,5% (62)	1=12,5% (59)	
8°	7	0	7	6=85,7%	1=14,2% (62)	0	
9°	5	0	5	4=80%	1=20% (62)	0	
10°	2	0	2	1=50%	0	1=50% (62)	

Obs.60 : 33 ans, métrorragies depuis 3 mois, épi.pavimenteux, extension paramétriale bilatérale.
Traitement : Radium 63 mcd, colpohystérectomie totale élargie.
Anatomie pathologique : col stérilisé, absence de métastase ganglionnaire
Suites ::7e année : pleurésie ascite
8e année : cancer de la vessie, cobaltothérapie 7500 rad
9e année : décédée.

Obs.67 : 46 ans, métrorragies depuis 3 mois, extension au paramètre gauche.
Traitement : radium 63 mcd, colpohystérectomie totale élargie, anatomie pathologique : multiples formations épithéliomateuses infiltrant l'endocol, ganglions normaux.
Radiothérapie : dose prévue 12000 r, dose reçue 10.200 r (leucopénie).
suites : 2e année : récidive vaginale extension rapide, fistule recto-vaginale,
fin de la 2e année : décédée.

obs.75 : 50 ans, métrorragies depuis 5 à 6 mois, endométriose cervico-vaginale, diagnostic de cancer non fait, hystérectomie totale.
Anatomie pathologique : cancer infiltrant avec métastase ovarienne.
Cobaltothérapie : 12000 r
Evolution rapide : décès à la fin de la 1ère année.

obs.76 : 72 ans, métrorragies depuis 1 mois, énorme tumeur, épithélioma pavimenteux intermédiaire, envahissement vaginal.
Traitement : radium 37,80 (limitation par le volume de la tumeur), colpohystérectomie élargie, lymphadénectomie.
Anatomie pathologique : col : prolifération invasive s'étendant jusqu'à l'isthme, ganglions tuberculeux ?
Cobalt : 12500 r

suites : 3e mois : récidive vaginale, nouvelle cobaltothérapie 9000 r, persistance de l'extension, fistule recto-vaginale.
fin de la 1ère année : décédée.

b) Evolution selon le recul

Le recul des malades traités entre 1958 et 1967 s'échelonne sur 10 ans.

(voir tableau p.suivante)

Ainsi, l'évolution générale des cancers de stade II a été : mortalité globale : 6 sur 21= 28,5 p.cent.
Si l'on considère le cap de la 5e année, sur 10 malades ayant un recul de 5 ans et plus, et 2 qui sont décédées précocement à la 3e année, la mortalité globale est de 6 sur 12 soit 50 p.cent, la survie au-delà de la 5e année est donc évaluée à 50 p.cent.

2) Evolution en fonction des éléments du pronostic

Nous suivrons le même plan que celui ayant servi à l'étude du stade I.

Nous ne tiendrons compte ici aussi que des malades ayant un recul de 5 ans ou plus
obs. 66, 67, 68, 63, 64, 65, 58, 59, 60, 62 = 10 auxquelles nous ajoutons 2 malades décédées précocement 75, 76,
soit 12 observations.

Recul	Nbre	Perdue de vue	Nb.corrigé	Evolution normale	Morbidité K	Mortalité K	n°obs.
10 ans	5	1 (61)	4	1 = 25%	0 = -	3 = 75% (59,60, 62)	58,59,60, 62,61
9	3	0	3	3 =I00%	0 = -	0 = -	63,64,65
8	4	1 (69)	3	2 =66,6%	0 = -	1=33,3% (67)	69,66,67, 68
7	0	-	-	- =	- =	- =	-
6	0	-	-	- =	- =	- =	-
5	0	-	-	- =	- =	- =	-
4	3	1 (70°)	2	2=100%	=	0 = -	70,72,73
3	3	0	3	1=33,3%	0 = -	2=66,6% (75,76)	74,75,76
2	1	0	1	1=100%	0 = -	0 = -	77
1	1	0	1	1=100%	0 = -	0 = -	78

a) Etude en fonction de l'âge

Evolution	20-34	35-39	40-44	45-49	50-54
Normale	0	1=100%	2	0	
Mortalité	1=100% (60)		2=50% (62, 76)	2=100% (67, 59)	1=100% (75)
Total	1	1	4	2	1

	55-59	60-69	70
Normale	3=100%	/	/
Mortalité	0	/	/
Total	3	0	0

Nous constatons que l'évolution carcinologique a été aussi mauvaise
- avant 45 ans = 6 malades 3 décédées = 50 %
- après 45 ans = 6 malades 3 décédées = 50 %

b) Etude en fonction de l'ancienneté du ler signe

Evolution	1 m	2 m	3 m	4 m	5 m	6 m	7 m
Normale	2	1	2	/	/	0	/
Mortalité	3	0	2	/	/	1	/
Total/12	5	1	4	0	0	1	0

	8 m	9 m	10 m	11 m	1 an	2 ans	3 ans
Normale	/	/	/	/	1	/	/
Mortalité	/	/	/	/	0	/	/
Total	0	0	0	0	1	0	0

Ainsi dans le stade II où le maximum de malades présentent un délai de moins de 6 mois, la mortalité a été :
de 50 p.cent pour un délai de 3 mois au moins
Le nombre de malades dans les autres groupes est négligeable.

c) Importance de l'extension

Evolution	1 Paramètre	+ vagin	+urinaire	2 Paramètres	+vagin	+urinaire
Normale	2	2 (66, 58)	1 (64)	1	0	
Mortalité	2 (67, 62)	0	0	1(60)	1(59)	
Total	4	2	1	2	1	

	Vagin seul	+ urinaire
Normale	/	0
Mortalité	/	1 (76)
Total	0	1

Nous excluons de ce facteur l'obs.75 en raison de l'insuffisance du diagnostic.
Chez les malades dont l'extension n'atteint que un paramètre : 7 la mortalité est de 2 = 28,5 p.cent. Cette mortalité concerne des malades ne présentant pas d'envahissement vaginal, ni de retentissement urinaire.

Chez les malades dont l'extension atteint les 2 paramètres : 3 - Mortalité : 2 = 66 p. cent,
Enfin la malade présentant une extension va-

ginale importante forcément isolée, avec retentissement urinaire est décédée.

d) Pronostic en fonction des modalités thérapeutiques

Evolution	Radium+Chir.	Radium-Chir-Rx	Chirurgie-Rx
Normale	4 = 57 %	2 = 50 %	0
Mortalité	3 = 42 % (59,60,62)	2 = 50 % (67,76)	1 (75)
Total/12	7	4	1

Ainsi ces 12 malades ont subi une association radio-chirurgicale. En dehors de l'obs.75 où le diagnostic clinique de cancer n'était pas fait, le traitement radiothérapique complémentaire a été fait en raison de la non spécialisation de la place. Globalement les pourcentages de mortalité et de survie sont identiques dans les 2 groupes.

Si l'on considère l'importance du geste chirurgical : toutes les interventions, hormis l'observation 75 ont subi une intervention élargie.

Evolution	Chirurgie limitée	Chirurgie élargie
Normale	0	6
Mortalité	1 (75)	5
Total/12	1	11

e) Années anatomo-pathologiques des pièces opératoires

- Nous avons déjà signalé que dans aucune de ces observations n'a été trouvé un envahissement ganglionnaire.

- Par contre si l'on considère la stérilisation des pièces opératoires après radium nous constatons :

Evolution	Col stérilisé	Col non stérilisé
Normale	3 = 42 %	2 = 50 %
Mortalité	4 = 57 % (58,59,60,62)	2 = 50 % (67,76)
Total/11	7	4

-:-

IIe PARTIE

SYNTHESE

Notre statistique comporte donc 78 cancers du col utérin aux stades O-I-II.

Répartition de ces cancers par année

(voir tableau p.suivante)

Nous avons cherché à établir la fréquence de ces groupes par rapport à l'ensemble des cancers étudiés la même année y compris les stades III et IV.

Ainsi dans notre recrutement nous observons:

- la rareté des stades O = 6 sur 123 = 4,8 %
- la fréquentation la plus grande des stades I : 51 sur 123 =41,4 %
- la fréquence moindre des stades II, 21 sur 123 =17 %
- enfin la fréquence relativement importante des stades III et IV 45 sur 123 =36,5%

	1958	1959	1960	1961	1962	1963	1964	1965	1966	1967	Total
Stade 0	4	0	1	0	0	0	0	1	0	0	6
Stade I	4	8	6	6	6	2	3	7	3	6	51
Stade II	4	4	4	0	0	0	4	3	2	0	21
Total	12	L2	11	6	6	2	7	11	5	6	123
Nb. total cancers	16	19	16	10	12	5	14	12	11	8	123
%	75%	63,1%	68,7%	60%	50%	40%	50%	91,6%	45,4%	75%	

Synthèse concernant l'âge des malades (stades 0, I, II)

	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44
0	0	1	2	0	0
I	0	1	3	11	9
II	0	0	1	2	8
Total	0	2	6	13	17
% 78	/	2,5%	7,6%	16,6%	21,7 %

	45-49	50-54	55-59	60-69	+ 70
0	3	0	0	0	0
I	5	7	5	6	4
II	3	2	3	1	1
Total	11	9	8	7	5
% 78	14,1%	11,5%	10,2%	8,9%	6,4%

Si l'on considère les tranches d'âge
20 à 30 ans 2 cancers soit 2,5 %
avec 1 cancer stade 0,
1 cancer stade I
30 à 40 ans 19 cancers soit 24,3 % dont :
2 cancers 0, 14 cancers I,
3 cancers II
40 à 50 ans 28 cancers soit 35,8 % dont :
3 cancers 0, 14 cancers I,
11 cancers II
au-dessus de 50 ans, 29 cancers soit 37,1%
dont : 0 cancers 0, 22 cancers I,
7 cancers II

Ces notions confirment les données classiques. Toutefois nous constatons la fréquence relativement importante des cancers avant 40 ans avec une prédominance du stade I et la même fréquence importante au-dessus de 50 ans.

C'est dans le groupe des malades de 40 à 50 ans que l'on trouve le plus grand nombre de stades II.

Synthèse concernant les aspects cliniques

Le type clinique du cancer étudié selon le terrain a été :

Stade	F.classique	Cancer prolapsus	Col restant	Grossesse	Récidives
0	3	1	0	2	0
I	37	2	4	6	2
II	20	1	0	0	0
Total	60	4	4	8	2

1) Délai 1° signe - Diagnostic

(voir tableau p.suivante)

Nous avons exclu dans le groupe les stades 0. Les observations où il n'existait pas de signe fonctionnel d'orientation.
- dans le stade I les cancers découverts à l'occasion d'une grossesse, les manifestations de celle-ci ne permettant pas d'évaluer le recul de la symptomatologie.

Ainsi un délai de 1 à 6 mois a été observé chez 45 malades, soit 66 p.cent, avec des pourcentages sensiblement égaux pour les stades I et II (64,4 % - 71,4 %).

un délai de 6 mois à 1 an a été observé chez 7 malades, soit 10,2 p.cent, avec des pourcentages respectifs de 8,8 p.cent pour les stades I et 14,2 p.cent pour les stades II.

Stade	1 M	2 M	3 M	4 M	5 M	6 M	7 M	8 M	9 M	10 M	11 M	1 A	2 A	3 A	Total
0				1									1		sur 2 (4 sans signes)
I	11	5	8	4	1	3	0	1	0	0	0	7	4	1	sur 45 (6 grossesses exclues)
II	8	1	5	0	1	3	0	0	0	0	0	2	1	0	sur 21
Total	19	6	13	5	2	6	0	1	0	0	0	9	6	1	68

M = mois
A = année

Enfin un délai supérieur : 1 an a été observé chez 16 malades, soit 23,5 p.cent avec une fréquence plus grande dans le stade I (26,6 %) que dans le stade II (14,2 %).

Il apparaît assez clairement que le délai entre le ler signe connu et le diagnostic ne constitue pas un élément pronostic tout au moins dans le cadre de notre statistique.

Nous avons déjà insisté sur la difficulté que nous avons eue à établir le plus exactement possible ce délai.

2) Les insuffisances diagnostiques

Il nous paraît intéressant de relever ces insuffisances, dont l'influence sur le pronostic peut être considérable.

Ces erreurs peuvent résulter de l'insuffisance des explorations, mais elles peuvent aussi être au-dessous des méthodes d'investigation.

Nous en rappelons brièvement les circonstances :

Stade 0 1 obs. (n°4)
Métrorragies attribuées à polype et fibrome. Biopsie polype négative - HSG - pas de cytologie.

Stade I 4 obs.
n°7 : col caché par diaphragme atrétique (70 ans) Biopsie aveugle EIE, pièce Ep. invasif.
n°24: dysplasie suspecte (colposcopie - biopsie) Pièce Epi.invasif limité.
n°42: cytologie - biopsies répétées suspectes - Pièce Epi.invasif.
n°50: Nécrobiose fibrome post-abortum - Pièce : Microcarcinome.

Stade II 1 obs. (n°75) : Endométriose - foyers multiples cervico-vaginaux - HSG : isthme obturé - découverte du cancer infiltrant sur pièce opératoire.

Ces faits ne peuvent qu'engager à pratiquer systématiquement les examens de dépistage. Les insuffisances diagnostiques ne seront peut être pas abolies totalement, mais elles en seront diminuées.

Synthèse concernant les modalités thérapeutiques

Nous ne tenons pas compte dans cette synthèse des stades 0 dont les modalités thérapeutiques n'ont pas posé beaucoup de problèmes.
- 3 interventions limitées sur le col
- 3 hystérectomies totales.

mais des stades I et II.

Stade	Ra seul	Ra+Rx	Ra+Chir.	Ra+ Chir. +Rx	Chir. seule	Chir. +Rx	
I	9=17,6	0= /	29=56,8	4=7,8	7 = 13,75	2=3,9	51
II	1=4,7	1=4,7	13=61,9	5= 23,8	0= /	1=4,7	21
Total	10=13,8	1=1,3	42=58,3	9= 12,4	7=9,7	3=4,1	72

Ainsi 6 modalités thérapeutiques ont été utilisées pour les stades I et II.

1) Les modalités les plus fréquentes étant les plus classiques :

- Ra+Chir. 58,3 p.cent = utilisées dans un pourcentage sensiblement égal
  dans les stades I = 56,8 p.cent
  et les stades II = 61,9 p.cent
- Puis Ra seul 13,8 p.cent utilisé essentiellement dans les stades I 17,6 p.cent
- Et Ra+Chir.+Rx 12,4 p.cent utilisé par contre surtout dans les stades II 23,8 p.cent.

Les autres modalités ont été utilisées de manière exceptionnelle.

2) Si l'on considère chacun des éléments du traitement (Ra-Chirurgie-Rx)

(voir tableau p.suivante)

Ainsi la curiethérapie a largement été utilisée 79,4 p.cent des cas avec un pourcentage légèrement supérieur pour les stades II (95,2 p.cent).

La chirurgie a été entreprise dans 78,2 p. cent des cas avec ici aussi un pourcentage supérieur pour les stades II (90,4 p.cent).

Cette chirurgie a été limitée (colpohystérectomie totale) avec ou sans lymphadénectomie dans 29,5 p.cent et particulièrement dans le stade I. Elle a été élargie dans 65,5 p. cent des cas avec un fort pourcentage dans les 2 stades mais plus marqué dans le stade II.

La radiothérapie ou cobaltothérapie complémentaire a été faite dans 16,6 p.cent des cas, surtout dans les stades II (33,3 p.cent).

Stade	Radium	Chirurgie	limitée	élargie	très élargie	Rx
I sur 51	42= 82,3%	42= 82,3%	15/42 = 35,7%	26=61,9%	1 = /	6 = 11,7 %
II sur 21	20=95,2%	19= 90,4%	3/19 = 15,7%	16=84 %	0 = /	7 = 33,3 %
Total sur 78	62=79,4%	61= 78,2%	18/61 = 29,5%	40=65,5%	1 = /	13 = 16,6 %

3) La motivation de ces différentes modalités thérapeutiques a été influencée :

	Insuff. Diagnostique	Temps non nécessaire	Refus malade	Impossibilité technique	Contre indiqué	?
Absence Ra I=9	4	2	1	2	/	/
II=1	1	/	/	/	/	/
Absence Chir. I=9	/	/	2	/	7	/
II=2	/	/	1	/	1	/
Chir.limitée I=15	4	4	/	/	3	4
II= 3	1	/	/	/	2	/

Les circonstances ont été détaillées dans l'étude analytique des groupes.

4) Il est intéressant dans ce chapitre de relever la morbidité liée à chaque élément du traitement.

Radium - 2 complications graves - péritonite occlusive avec fistule du grêle n°11
Embolie pulmonaire non mortelle n°57

Chirurgie - outre une fréquence assez grande de dilatation utéro pyelo calicielle temporaire observée dans un grand nombre d'observations où une colpohystérectomie élargie a été pratiquée,
- nous devons signaler :

1 décès post-opératoire : dû à un coma hépatique chez une cirrhotique ..... n°71
1 accident veineux per-opératoire (veine iliaque externe) ..... n°37
1 accident urétéral per-opératoire (striction au détroit supérieur par fil) ..... n°54
2 fistules vésico recto-vaginale ..... n°16 et 74
1 lymphocèle pelvienne ..... n°25
1 oedème important des membres inférieurs sans compression pelvienne ..... n°22

- Cobaltothérapie
1 radiodermite chronique tardive avec lésions muqueuses vésicales n°41

5) L'examen des pièces opératoires

a montré - la non stérilisation des lésions (en dehors des cas non traités par Ra)
11 sur 51 = 21,5 p.cent
Stade I 5 sur 33 = 15,1 %
Stade II 6 sur 18 = 33,3 %

- une métastase ganglionnaire pelvienne
4 sur 57 = 7 %
Stade I 4 sur 39 = 10,2 %
Stade II 0 sur 18 = /

Synthèse concernant le pronostic

1) La morbidité passagère

- Dans le groupe des stades 0, nous avons déjà dit qu'il était difficile d'accepter la notion d'une évolution carcinologique justifiant le traitement hâtivement entrepris (obs.n°5).

- Dans le stade I, nous trouvons les 2 seules évolutions troublées par une récidive rapidement résolutive. Ce sont deux récidives gan-

glionnaires chez des malades ayant eu des lymphadénectomies. La 1ère avait été incomplète en raison d'un accident veineux. Ces deux accidents concernent des malades de 1958, période de nos premières interventions.

2) La mortalité en rapport avec l'évolution carcinologique : 9 malades sur 78
répartie ainsi : stade I 3 sur 51
II 6 sur 21

* 5 sont dues à une extension rapide et précoce : 1 à 2 ans

- 2 pour le stade I -
obs.13 37 ans, Ra 63 mcd, chirurgie élargie, métastase ganglionnaire, cobaltothérapie 6000 r (incomplète) - Extension rapide avec métastases pleurales et osseuses.

obs.35 44 ans, Ra 63 mcd - chirurgie élargie, métastase ganglionnaire - cobaltothérapie 8000 r - Métastase ganglionnaire rétro-pancréatique (New Loock pelvien : RAS)

- 3 pour le stade II -
obs. 67 46 ans, Ra 63 mcd, chirurgie élargie - col non stérilisé - Rx. 10200 r, récidive vaginale 2e année - Décès rapide.

obs.75 50 ans, diagnostic clinique non fait, découverte du cancer infiltrant et extensif sur pièce opératoire (chirurg.limitée) avec métastase ovarienne - Cobalt. 12000 r - Extension rapide - dcd fin de 1ère année.

obs.76 42 ans, Ra 37,80 mcd (en raison de l'importance de la tumeur) - chirurgie élargie - col non stérilisé - cobalt 12500 r - Récidive vaginale 3 mois après - Cobalt 9000 r Extension - décès fin de 1ère année.

Ainsi sur ces 5 cas des morts précoces
. 4 sont dûs à une récidive locale, précoce:

- Parmi elles 3 avaient reçu un traitement complet (Ra + Chir.élargie + Rx),
1 n'avait pas reçu un traitement correct (diagnostic clinique non fait).

. 1 est due à une métastase ganglionnaire haute, sans récidive locale.

* 4 sont dues à des récidives tardives

- 1 pour le stade I : obs.20 - 55 ans, petite tumeur - Radium 63 mcd - Chirurgie limitée avec lymphadénectomie pelvienne. Col stérilisé-ganglions indemnes.
1° récidive vaginale loin de la cicatrice d'hystérectomie à la 4e année traitée par Radium 37,80 mcd.
2° récidive vaginale - près de la vulve - à la 5° année ½ traitée par cobaltothérapie. Evolution rapide vers la mort la 6e année.

- 3 pour le stade II : obs.59 - 45 ans - grosse tumeur avec extension vaginale et paramétriale - traitement Radium 25,20 (en raison de l' importance de la tumeur obstruant le vagin) - Chirurgie élargie - col stérilisé, ganglions indemnes.
Récidive vaginale 2e année traitée et stérilisée par Ra (37,80).
Apparition d'une sciatique la 6e année attribuée par un neurologue à une récidive au niveau du plexus sacré : ce qui conduit à pratiquer une cordotomie spinothalamique entraînant d'importants troubles secondaires - une cobaltothérapie est entreprise en raison de la persistance de la sciatique. Le bilan clinique pelvien est négatif. Décès 6e année cause ?
Nous regrettons l'absence de "new loock".

obs. 62 - 40 ans - Extension aux 2 paramètres. Ra (63 mcd) - chirurgie élargie - col stérilisé - ganglions non envahis - Evolution normale jusqu'à 7e année. Pleurésie - Ascite d'origine X. (Peut être cirrhose) 8e année : cancer

de la vessie paraissant être dû à une récidive locale du cancer du col primitif. Cobaltothérapie 7500 rad. dcd.

obs. 60 - 33 ans - Extension aux 2 paramètres. Ra (63 mcd) - chirurgie élargie - col stérilisé - ganglions non envahis. 3e année : sciatique - blocage urétéral - intervention néo. de l'uretère.

Ainsi :
- dans 2 observations une pathologie carcinologique évolutive aboutissant à la mort est apparue relativement précocement = 3e année (60) 4e année (20).

- dans les 2 autres observations, malgré une récidive temporaire précoce (obs.59). L'évolution mortelle s'est manifestée tardivement = 6e et 7e années.

Les récidives ont été :
- ganglionnaire = haute - précoce obs.35(stade I)
- pelvienne avec métastases - précoces - obs. 13 (stade I)
- pelvienne avec métastases - précoces - obs. 75 (stade II) (diagnostic clinique préopératoire non fait)
- vésicale tardive obs. 62 (stade II)
- urétérale semi-tardive obs.60 (stade II)
- vaginale précoce obs.67 (stade II)
  obs.76 (stade II)
  semi-tardive obs.20 (stade I)
- obscure tardive obs.59 (stade II).

3) Ainsi, si l'on considère le délai des 5 années -
tenant compte des malades suivies pendant cette durée et y ajoutant celles décédées de cancer avant ce délai, nous établissons le pronostic général suivant :

Stade	N° observation	Mortalité	Survie
I	31	2 = 6,4%	29 = 93,5%
II	12	6 = 50 %	6 = 50 %
Total	43	8 = 18,6%	35 = 81,3%

4) Synthèse des différents éléments du pronostic (sur les malades ayant un recul de 5 ans ou plus)

a) Selon l'âge

. avant 45 ans :

Stade I = 16 malades 2 décédées = 12,5 %
survie = 87 %
Stade II= 6 malades 3 décédées = 50 %
survie = 50 %
Total 22 malades 5 décédées = 22,7 %

. après 45 ans :

Stade I = 15 malades 1 décédée = 6,6 %
survie = 93,3 %
Stade II= 6 malades 3 décédées = 50 %
survie = 50 %
Total 21 malades 4 décédées = 19 %

La mortalité globale apparaît sensiblement égale dans les 2 groupes avec une petite élévation pour le groupe des femmes âgées de moins de 45 ans. Ceci en raison du pourcentage de mortalité plus élevé dans ce groupe en ce qui concerne le stade I.

b) Selon l'ancienneté du 1er signe

. moins d'un an :

Stade I 20 malades 2 décédées = 10 %
survie = 90 %
Stade II 11 malades 6 décédées = 54,5 %
survie = 45,4 %
Total 31 malades 8 décédées = 25,8 %

. plus d'un an :

Stade I	7 malades	1 décédée	= 14,2 %
		survie	= 85,7 %
Stade II	1 malade	0	= /
Total	8 malades	1	= 12,5 %

La mortalité apparaît donc ici plus fréquente lorsque le délai séparant le premier symptôme du diagnostic est plus court ; mais nous avons déjà insisté sur le caractère artificiel tout au moins dans notre matériel d'étude de cette donnée.

c) Selon la forme clinique

Tous les cas de mortalité concernent des formes classiques, nous ne pouvons tirer aucune conclusion vitale sur les autres formes, dont d'ailleurs le nombre est trop restreint.

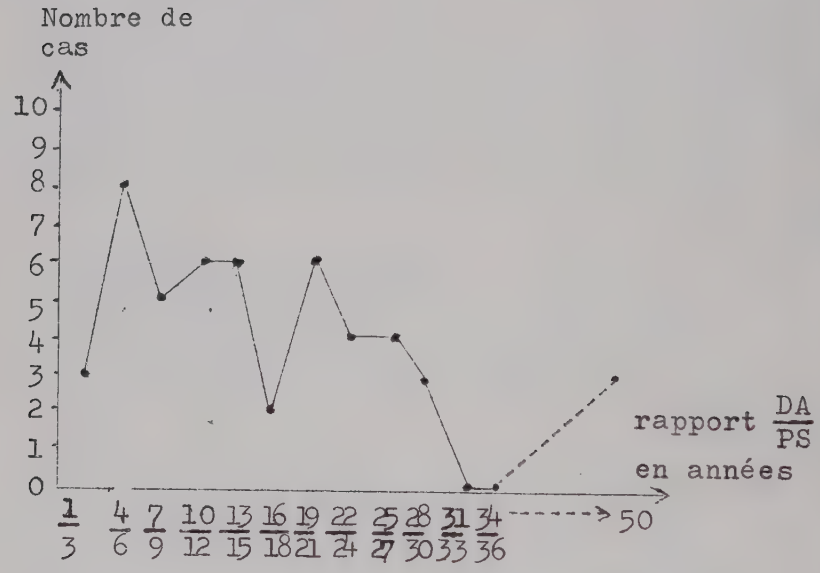
Nous nous sommes toutefois attachés à rechercher, à la suite des travaux de M. DARGENT et D. DARGENT (Sem. Hôpit. Paris, 20 décembre 1967, p.3371), l'influence pronostique éventuelle du délai séparant le dernier accouchement du 1er symptôme du cancer. Bien entendu, comme le remarque DARGENT cette notion n'a pu être retrouvée pour chaque observation, en raison de l'insuffisance de rédaction.

d) Répartition des observations en fonction du délai (DA/PS = Délai accouchement, premier symptôme)

(voir tableau p.suivante)

DA/PS (années)	1/3	4/6	7/9	10/12	13/15	16/18	19/21	22/24	25/27
selon O	0	0	1	0	0	1	0	0	0
stades I	2	6	3	2	4	1	4	2	3
II	1	2	1	4	2	0	2	2	1
Total	3	8	4	6	6	2	6	4	4
%	6,0	16,0	10,0	12,0	12,0	4,0	12,0	8,0	8,0
< 45 ans	3	8	4	4	2	0	1	2	1
> 45 ans	0	0	1	2	4	2	5	2	3

	28/30	31/33	34/36	37/39	40/45	> 50	Total
selon O	0	0	0	0	0	0	2
tades I	3	0	0	0	0	3 30: 70 ans 44: 69 ans	33
II	0	0	0	0	0	0 45: 80 ans	15
otal	3	0	0	0	0	3	50
%	6,0	/	/	/	/	6,0	
< 45 ans	0	/	/	/	/	0	25
> 45 ans	3	/	/	/	/	3	25



Fréquence selon le délai

Le chiffre maximum de malades correspond à un délai de 4/6 ans. Si nos résultats ne concordent pas exactement avec ceux de DARGENT (statistique de 174 cas) nous constatons toutefois avec lui :
- que l'apparition d'un cancer devient de moins en moins probable au fur et à mesure que l'on s'éloigne de l'accouchement
- les risques de cancers sont plus grands jusqu'à un délai de 20 ans, puis diminuent.

DA/SP 1/3 à 19/21 = 36/50	= 72 %
22/24 à > 50 = 14/50	= 28 %

(voir tableau page suivante)

Nous constatons aussi que :
la majorité des cancers observés dans la période préménopausique sont des cancers à délai DAPS court, tandis que chez les femmes âgées de plus de 45 ans la majorité des cancers sont à délai DA/PS longs.

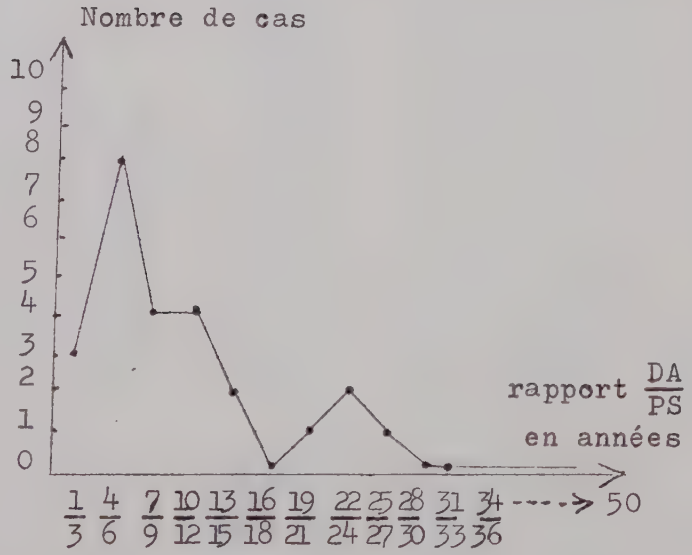
Pouvons nous conclure avec DARGENT que pour les femmes de moins de 45 ans les risques de cancers sont d'autant plus faibles que la date du dernier accouchement est plus lointaine, alors que pour les femmes de plus de 45 ans les risques sont maximum dans un délai de 16 à 24 ans pour DARGENT ; de 15 à 28 selon nos courbes.

. Pronostic dans ce cadre particulier

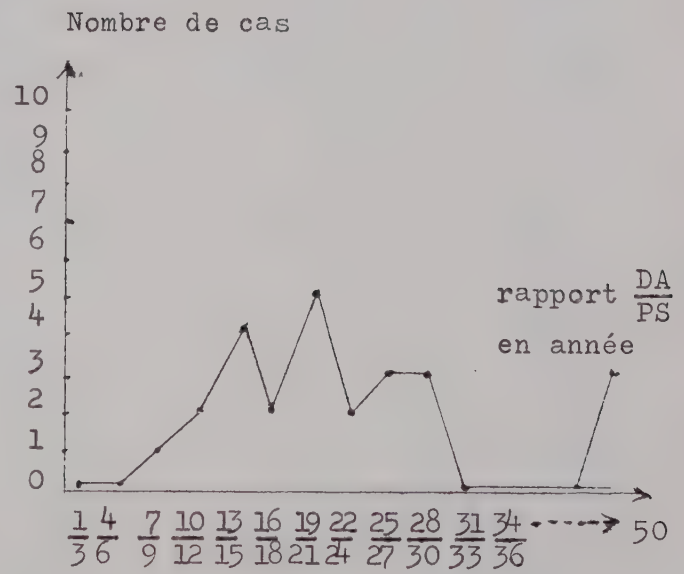
en ne tenant compte que des malades âgées de moins de 45 ans et ayant un recul de 5 ans au moins.

(voir page 121)

Fréquence selon l'âge (avant 45 ans - après 45 ans)



Femmes âgées de moins de 45 ans



Femmes de plus de 45 ans

	1/3	4/6	7/9	10/12	13/15	16/18	19/21	22/24	25/27	28/30	31/33
Nombre	3	5	3	2	1	0	1	1	1		
Stade 0	0	0	1	0	0	0	0	0	0		
" I	2	4	2	1	0	0	0	1	1		
" II	1	1	0	1	1	0	1	0	0		
Métat. ggl.	0	2	1	0	0	0	0	0	0		
Survie	2	4	2	2	0	/	1	1	1		
Morta-lité	1	1	1	0	1	/	0	0	0		

	34/36	37/39	40/42	> 50	Total
Nombre					17
Stade 0					1
" I					11
" II					5
Métast. ggl.					
Survie					
Morta-lité					

Sans vouloir faire de déduction à l'aide des chiffres trop réduits, nous constatons toutefois que la pathologie et la mortalité se situent chez des malades ayant un délai DA PS court, inférieur à 10 ans.

Sur les 3 malades présentant des métastases ganglionnaires, le délai se situe entre 4 et 10 ans. Sur les 4 malades décédées, 3 ont un délai se situant entre 1 et 10 ans.

e) Synthèse pronostique selon la thérapeutique

. Malades ayant reçu du Radium

	Stade I	Stade II	Total
Nombre	19	11	30
Survie	16=84,2%	6= 54,5%	22=73,3%
Mortalité	3=15,7%	5= 45,4%	8=26,6%

. Malades opérées

	Stade I			
	Limitée	Elargie	très élargie	Total
Nombre	7	15	1	23
Survie	6=85,7%	13=86,6%	1	20=86,9%
Mortalité	1=14,2%	2=13,3%	0	3=13,0%

	Stade II		
	Limitée	Elargie	Total
Nombre	1	16	12
Survie	0	6=54,5%	6 = 50 %
Mortalité	1	5=45,4%	6 = 50 %

• Malades opérées (suite)

Total			
	Limitée	Elargie	total
Nombre	8	27	35
Survie	6= 75%	20= 74%	26 = 74,2%
Mortalité	2= 25 %	7= 25%	9 = 25,7%

• Selon les associations

- Chirurgie seule

	Stade I	Stade II	Total
Nombre	2	1 + Rx	3
Survie	2 = 100%	0	2 = 66,6%
Mortalité	0	1 = 100 %	1 = 33,3%

- Radium seul

Nombre	8	0	8
Survie	8 = 100%	/	8 = 100%
Mortalité	0	/	0

- Radium + Chir.

Nombre	18	7	25
Survie	17=94,4%	4=57,1%	21 = 84%
Mortalité	1= 5,5%	3=42,8%	4 = 16%

- Radium + Chirurgie + Rx

Nombre	3	4	7
Survie	1=33,3%	2=50%	3 = 42%
Mortalité	2=66,6%	2=50%	4 = 57%

Nous pouvons déduire :

1) que la chirurgie seule dans ce lot a été grevée d'une mortalité forte, mais les circonstances n'en n'étaient pas favorables.

2) l'association Radium + Chirurgie + Rx est grevée de la plus forte mortalité, mais il faut se souvenir que les Rx étaient pratiqués soit en raison de la non stérilisation des lésions, soit en raison des métastases ganglionnaires.

3) les méthodes ayant donné les meilleurs résultats sont le Radium seul (nombre limité de cas) et l'association Radium Chirurgie, comme il est classique. L'influence pronostique de l'importance de l'acte chirurgical n'est pas évidente sur ces chiffres. Toutefois la chirurgie élargie apparaît plus favorable dans le stade II.

f) Synthèse du pronostic en fonction de l'examen AP de la pièce opératoire

	Col non stérilisé		Envahissement ganglionnaire		Total
	I	II	I	II	
Total	0	4	3	0	7
Normal	/	2=50 %	1 = 33%	/	3 = 42,8%
Mortalité	/	2=50%	2 = 66%	/	4 = 57,1%

Nous constatons les forts pourcentages de mortalité dans ces 2 circonstances malgré les thérapeutiques complémentaires entreprises.

ADDENDUM SUR LES TECHNIQUES CHIRURGICALES

- La lymphadénectomie est réalisée selon la technique réglée par le Pr. HUGUIER.

- La colpohystérectomie limitée correspond à la colpohystérectomie élargie "a minima" décrite par le Pr. HUGUIER.

- La colpohystérectomie élargie correspond à la technique décrite par le Pr. HUGUIER. Elle a le plus souvent été réalisée par voie abdominale seule ; mais dans les grosses tumeurs elle a été réalisée par voie périnéo - abdominale.

- La cellulectomie répond aussi à la technique décrite par le Pr. HUGUIER.

Référence : Chirurgie de l'utérus
J. HUGUIER et G. CERBONNET
Masson 1961.

-:-

OBSERVATIONS

-:-

OBS. n°1 - (Clinique) (Cancer-Prolapsus)

Mme BER ... 48 ans, treize grossesses, dont nous n'avons pu établir la chronologie, a été vue en octobre 1958.

Cette femme se plaignait depuis deux ans de métrorragies épisodiques. Col macroscopiquement sain. Prolapsus avec allongement hypertrophique du col. Cette malade était suivie depuis 1957 au Centre de Dépistage de la Sécurité Sociale: L'évolution des lésions a été la suivante :

novembre 1957 : Col cliniquement normal.
A la colposcopie : zone de remaniement à type de fausse mosaïque au niveau de la lèvre antérieure.
A la biopsie : chorion oedémateux et inflammatoire en surface, contenant une crypte glandulaire qui s'ouvre largement sur les versants d'une muqueuse pavimenteuse très riche en atypies cytologiques et en mitoses. Celles-ci restent strictement dans les couches profondes, et la maturation évolutive en surface est normale. Il s'agit cependant d'une lésion à surveiller.
Colpocytologie : classe III, et on apprend qu'un an avant, il y avait déjà une classe III.

Janvier 1958 : Cytologie : classe IV.
Une nouvelle biopsie ramène une muqueuse exocervicale hyperplasique, et leucoplasique, sur un chorion fibreux riche en capillaires à

disposition radiée ; impression de lésion cicatricielle. Cependant, il apparaît à deux niveaux des atypies cellulaires cytologiques assez intenses. Et on conclut de nouveau : lésion à surveiller.

Avril 1958 : Les lésions sont plus étendues que précédemment :
à la colposcopie : zone de mosaïque
cytologie : classe IV.
A la biopsie, muqueuse hyperplasique avec de très nombreux éléments anaplasiques, des mitoses et une tendance végétante. On ne peut cependant affirmer un processus épithéliomateux, mais il s'agit de lésions très suspectes.

Juin 1958 : Colposcopie : les lésions paraissent moins étendues qu'elles ne l'étaient.
Cytologie : classe II.
Biopsie : muqueuse exocervicale dont les couches profondes sont franchement anaplasiques. et riches en mitoses atypiques. Il persiste toujours cependant quelques assises en surface où brutalement, on retrouve une maturation anormale. Il n'apparaît pas de rupture de la basale. Trois hypothèses sont soulevées :
1°- cervicite atypique
2°- épithélioma intra-épithélial
3°- propagation intra-muqueuse d'un épithélioma de voisinage.

Nous voyons cette malade en octobre 1958 : en raison du prolapsus et de l'allongement cervical, on pratique une amputation supra-vaginale du col (docteur FRADIN).

Pièce opératoire n°11064 C (Dr. ISIDOR) : les fragments prélevés sur le col réséqué, montrent, localisé strictement à la muqueuse exocervicale, un état nettement atypique de l'épithélium de surface : cette atypie comporte un état ana-

plasique des éléments épithéliaux, de multiples anomalies nucléaires, l'augmentation du rapport nucléo-cytoplasmique, et de nombreuses mitoses situées sur toute la hauteur du revêtement. Les caractères des segments épithéliaux qui se trouvent de part et d'autre de cette zone ainsi modifiée, permettent de penser que cet épithélioma intra-épithélial s'est développé au niveau d'un épithélium leucoplasique. Le trait de résection passe largement au delà de la zone épithéliomateuse.

Les suites opératoires sont normales.
Recul : 10 ans.

La malade est suivie 2 ans : suites normales aux points de vue clinique, cytologique, colposcopique ; puis la patiente est perdue de vue (changement de domicile).

o

OBS. n°2 - (Hôpital) (Cancer-grossesse)

Mme DEL ... 27 ans, trois grossesses, dont la dernière, un avortement, eut lieu en décembre 1958. En effet : à l'occasion de cet avortement de deux mois, avec rétention placentaire, on découvre une petite lésion cervicale suspecte.

A la colposcopie : dysplasie à type de mosaïque et base.

La biopsie n°12387 (Dr. ISIDOR), n'est connue qu'après la sortie de la malade de l'hôpital : épithélioma intra épithélial.

Malgré les convocations, la patiente ne sera revue que le 4 février 1959. Elle était hospitalisée en service de psychiatrie pour "dépression nerveuse". Elle refuse d'ailleurs tout traitement complémentaire. Cependant, le 16 mars,

on parvient à lui faire accepter une conisation (Docteur FRADIN).

Sur la pièce opératoire, n° 12773 (Dr.ISIDOR): sclérose cervicale sans caractère inflammatoire évident. Le recul est actuellement de dix années. La malade a été suivie pendant dix mois : les suites étaient normales. Depuis, la malade qui n'a pas répondu à notre enquête, est perdue de vue.

°

OBS. n°3 (Clinique-Hôpital) (Cancer et grossesse)

Mme DELI ... Trente ans, un enfant de six mois, consulte en février 1958. En effet, on avait constaté des métrorragies d'origine cervicale au cours de la grossesse; la colposcopie ne montrait qu'un ectropion inflammatoire. L'accouchement a eu lieu de façon satisfaisante le 27 septembre 1957.

Mais à l'occasion de la visite post-natale de décembre 1957, la colposcopie révèle une zone de dysplasie suspecte. La biopsie n°9907 C révèle : épithélioma intra épithélial de l'exocol.

La malade, qui ne sera revue qu'en février 1958, désire conserver la possibilité d'une autre grossesse; c'est pourquoi est pratiquée une amputation supra-vaginale du col, le 12 février (Docteur FRADIN). La pièce opératoire, n° 11402 (Dr. ISIDOR), confirme les résultats biopsiques antérieurs : mêmes lésions qu'à la biopsie ; épithélioma intra-épithélial plurifocal à topographie orificielle. En un endroit, tendance légèrement extensive ne dépassant pas la région des glandes.
Recul : dix ans.
Malade suivie pendant dix ans : suites normales

clinique, cytologique, colposcopique.
Elle a renoncé à son désir de maternité.

o

OBS. n°4 - (Hôpital)

Mme NOV ... 49 ans, trois enfants (27, 25 et 18 ans) consulte en avril 1958 à l'occasion de ménométrorragies évoluant depuis deux mois. A l'examen, découverte de deux polypes de l'endocol, et en outre, d'un myome utérin.

Histologiquement (n°11688 et 11727), il s'agit de polypes inflammatoires de l' endocol, avec hyperplasie glandulo-kystique de l'endomètre.
Hystéro-salpingographie : polype endocavitaire.
Le 20 mai 1958, hystérectomie totale avec castration (Docteur FRADIN).

Pièce opératoire, n°11757 (Dr.ISIDOR) : cancer intra-épithélial du col - endométriose ovarienne.
Nous avons dix ans de recul.
Mais la patiente ne fut suivie que pendant un an et demi, pendant lequel les suites clinique, colposcopique, cytologique furent normales.

Enquête 10e année - suites normales - Malade en bonne santé.

o

OBS. n°5 - (Clinique)

Mme HAL ... 46 ans, 4 enfants (chronologie non précisée). Avril 1965, consulte pour troubles vaso-moteurs de la préménopause. Il n'y a aucun signe fonctionnel d'orientation cervicale.

A la colposcopie : zone de dysplasie : mosaïque.
Cytologie : classe IV.
Biopsie n°20810 C, (Dr.ISIDOR) : Epithélioma intra-épithélial.
Conisation diagnostique, n°21102 C : épithélioma intra-épithial orificiel.

Le 4 septembre 1965 est pratiquée une hystérectomie totale avec castration (Dr. FRADIN).
Pièce opératoire, n°21226 C (Dr. ISIDOR) : col normal.

Nous avons trois ans et demi de recul.
Pendant un an et demi, les suites clinique, cytologique, colposcopique sont normales.
Nous avons appris qu'au cours de la deuxième année, on avait suspecté une métastase osseuse en raison de la diminution de la transparence osseuse au niveau du cotyle gauche.
Une cobaltothérapie est pratiquée au Centre Huguenin de Saint-Cloud : la dose administrée étant de six mille rads. Tous les examens de contrôle se sont révélés négatifs. La patiente est actuellement en bonne santé.

°

OBS. n°6 - (Clinique-Hôpital)

Mme PAL ... 34 ans, deux enfants de 13 ans ½ et 8 ans, consulte en mars 1960 pour douleurs pelviennes sans aucun signe fonctionnel d'orientation cervicale.

L'examen colposcopique révèle une dysplasie mosaïque.
On fait une biopsie, n°12802 C : épithélioma intra-épithélial (Dr. ISIDOR).

Le traitement appliqué est une hystérectomie totale avec castration le 23 mai 1960 (Docteur FRADIN).

La pièce opératoire, n°14278 (Dr. ISIDOR), confirme : épithélioma intra-épithélial.

Nous bénéficions d'un recul de huit ans et demi pendant lesquels les suites clinique, cytologique, colposcopique sont normales.

o

OBS. n°7 -

Mme AL... 70 ans, un enfant (32 ans), consulte en novembre 1965 à l'hôpital de Saint-Germain en Laye pour métrorragies post-ménopausiques datant de deux ans déjà.

A l'examen : diaphragme vaginal atrétique cachant le col.

Colpocytologies, n° 21395 C et 21443 C classes II et III respectivement.

La biopsie, n°21443 (Dr. ISIDOR), ne montre alors qu'un épithélioma intra-épithélial.

Le traitement appliqué sera, non pas la curiethérapie, en raison de la notion d'épithélioma intra-épithélial, et de l'impossibilité technique, mais une colpohystérectomie totale avec castration (Docteur FRADIN).

La pièce opératoire, n°21620, est examinée par le Dr. ISIDOR : Epithélioma intra-épithélial avec en certains endroits, évolution spinocellulaire pénétrant profondément dans la paroi du col et s'étendant le long du canal endocervical jusqu'à l'isthme.

Recul : trois années.
La malade sera suivie pendant un mois pendant lequel les suites sont normales cliniquement et cytologiquement.

Mme AL ... va très bien à la troisième année, d'après l'enquête entreprise par nous auprès de son médecin.

OBS. n°8 - Mme BARR ... (Clinique)

39 ans, trois enfants (14, 11 et 5 ans), consulte au mois de décembre 1965 pour métrorragies datant de huit mois. Col bourgeonnant à l'examen.

Biopsie, n°21510 C : épithélioma pavimenteux métaplasique dont l'origine endocervicale ou orificielle paraît des plus évidente.
Il n'y a pas de retentissement urinaire.

Traitement : radium : sonde et colpostat pendant sept jours : dose totale : 63 millicuries détruites. Un mois et demi après, Mme BARR ... est opérée (Docteur FRADIN) : colpohystérectomie totale élargie avec lymphadénectomie pelvienne bilatérale. Sur la pièce opératoire (Dr. ISIDOR n° 21510 C) : col stérilisé ; absence de métastases ganglionnaires. Recul : trois ans.

La malade est suivie pendant un an : suites clinique, radiologique, colposcopique, cytologique normales, et nous apprenons qu'elle est actuellement en très bonne santé.

o

OBS. n°9 - (Clinique)

Mme BEL ... 45 ans, un enfant de 26 ans, consulte en janvier 1959 pour métrorragies depuis six mois. Elle est en mauvais état général. Col bourgeonnant à l'examen.

Biopsie, n°11062 C : Epithélioma pavimenteux intermédiaire exocervical.
Pas de retentissement urinaire.

Traitement : Radium en premier lieu : sonde et colpostat pendant sept jours ; dose totale 63 millicuries détruites ; un mois après la po-

se du radium, la cytologie est de classe IV. Puis un mois et demi après le radium : colpohystérectomie totale élargie avec lymphadénectomie bilatérale.

Sur la pièce opératoire : col stérilisé, absence de métastases ganglionnaires.
Recul : 9 ans.

Malade suivie pendant un mois : rien à signaler. Actuellement en bonne santé, d'après notre enquête.

°

OBS. n°10 -

Madame BOUR .... (Clinique-Hôpital), 54 ans, six enfants de 30 à 20 ans dont l'accouchement du plus jeune eut lieu par césarienne. Cette femme consulte en février 1965 pour métrorragies post-ménopausiques depuis un mois et demi.
Col bourgeonnant à l'examen.
Biopsie, n°20001 C : Epithélioma pavimenteux intermédiaire.
Cytologie : classe IV.
Lymphographie unilatérale gauche (incident technique) : normale.
Absence de retentissement urinaire.

Traitement : Radium : sonde et colpostat pendant sept jours : 63 millicuries détruites au total. Cytologie un mois après le radium: Classe II. Un mois et demi après la pose du radium, la malade est opérée : (Docteur FRADIN) Colpohystérectomie totale élargie, avec lymphadénectomie bilatérale. Le temps urinaire est difficile en raison de la cicatrice de césarienne.

Pièce opératoire n°20770 (Dr.ISIDOR) : col sté-

rilisé, absence de métastases ganglionnaires.
Recul : trois ans et demi.
Malade suivie pendant deux ans :
- Au quinzième jour post-opératoire, urographie intra-veineuse : test fonctionnel médiocre, dilatation urétéro-pyélo-calicielle bilatérale.
- Un mois après l'intervention : test fonctionnel normal ; normalisation de la morphologie urétéro-pyélo-calicielle droite, persistance d'une dilatation à gauche, avec retard d'évacuation.
- Neuf mois après l'intervention, nouvelle urographie : test fonctionnel normal ; morphologie de l'arbre urinaire normale des deux côtés.

Pendant cette période, les suites colposcopique et cytologique sont normales.

La malade est en très bon état à ce jour (enquête).

o

OBS. n°11 -

Mme CAR ... (Clinique), 42 ans, un enfant de 25 ans, consulte en mars 1958, à l'occasion de métrorragies datant de deux mois.
Examen : col bourgeonnant.
Biopsie (Dr. ISIDOR) n° 10152 C : épithélioma pavimenteux intermédiaire invasif.
Pas de retentissement urinaire.

Traitement : Radium, sonde et colpostat, respectivement 32,40 et 32,40, soit au total 64,80 millicuries détruites. Survenue d'une complication en fin de traitement curiethérapique : péritonite à forme occlusive obligeant à un drainage péritonéal. A la suite de cet accident qui a entraîné une fistule de l'intes-

tin grêle longue à se tarir spontanément, la chirurgie est jugée contr'indiquée. Les suites clinique, colposcopique, cytologique n'en sont pas moins normales pendant les dix années pendant lesquelles la malade sera suivie par nous. Le recul est de dix ans.

o

OBS. n°12 -

Mme CHAR ... (Clinique-Hôpital), 40 ans, six enfants, 17, 16, 14, 10, 9 et 6 ans) consulte en septembre 1965 pour des métrorragies datant d'une année :
Col bourgeonnant à l'examen.
Biopsie n°21393 C (Dr. ISIDOR) : épithélioma intra-épithélial évoluant vers l'invasion.
Absence de retentissement urinaire.

Traitement : Radium : sonde et colpostat pendant sept jours, totalisant 63 millicuries détruites. Un mois après ce premier traitement, colpocytologie classe II. Un mois et demi après le radium : colpohystérectomie totale élargie avec lymphadénectomie bilatérale pelvienne (Docteur FRADIN).

Pièce opératoire n°21603 (Docteur ISIDOR): col stérilisé ; absence de métastases ganglionnaires.

Recul : trois ans, pendant lesquels la malade est suivie. A l'occasion d'une appendicite à la deuxième année : "new look" : aucune anomalie n'est notée ; d'ailleurs les suites clinique, colposcopique, cytologique sont normales.

o

OBS. n°13 -

Mme DELAV ... (Hôpital) 37 ans, mère de trois enfants de 11, 9 et 6 ans, et ayant présenté deux avortements avant les naissances ; cette patiente vient consulter en juin 1961 pour des métrorragies.

A l'examen, vaste ulcération cervicale, dant de 2 ans, sans retentissement urinaire.

Biopsie : 14376 C Dr. ISIDOR, Epithélioma pavimenteux intermédiaire. FV : classe V.

Traitement : radium pendant sept jours, au moyen de sonde et colpostat, au total, dose de 63 millicuries détruites ; deux mois après, cytologie classe IV. Deux mois après le radium, colpohystérectomie totale élargie, avec lymphadénectomie pelvienne bilatérale (Docteur FRADIN).

Pièce opératoire n°15805 (Dr.ISIDOR) : stérilisation cervicale, métastases ganglionnaires. Pour cette raison : traitement complémentaire par radiothérapie : dose prévue 12000 r, dose reçue 6000 r (?).
Recul : sept ans et demi.

La malade ne sera suivie qu'un an; en effet à ce délai : pleurésie bilatérale et épanchement péricardique, masse ligneuse hypogastrique ; métastases osseuses : fracture spontanée d'un humérus, et lyse du plancher de la selle turcique. Malade décédée à la fin de la première année.

o

OBS. n°14 -

Mme DOM... (Clinique), 33 ans, 4 enfants (14, 13, 12 et 5 ans), consulte en octobre 1963 à l'occasion de métrorragies datant d'un

an.
Examen : col bourgeonnant.
Biopsie, n°17757 C (Dr.ISIDOR) : carcinome épidermoïde intermédiaire.
Absence de retentissement urinaire de la tumeur.
Traitement : Radium, sonde et colpostat pendant sept jours : 63 millicuries détruites ; puis dans un second temps, deux mois après, colpo-hystérectomie totale avec lymphadénectomie pelvienne bilatérale (Docteur FRADIN). Intervention limitée en raison de l'obésité importante.

Pièce opératoire, 18170 C : col stérilisé, mais métastases ganglionnaires, dont l'existence détermine le choix d'une radiothérapie complémentaire : dose 12.000 r.

Recul : 5 ans.
Malade suivie pendant un an ; les suites sont normales clinique, cytologique, colposcopique. Puis la patiente est perdue de vue (changement de domicile).

o

OBS. n°15 -

Mme DUC ... (Hôpital), 55 ans, deux enfants (chronologie non précisée) consulte en octobre 1962 pour métrorragies post-ménopausiques depuis trois mois.

Col bourgeonnant à l'examen.
Biopsie, n°17510 C (Dr.ISIDOR) : Epithélioma pavimenteux anaplasique sans foyer dysplasique.
Cytologie : classe V.
Absence de retentissement urinaire.

Traitement : Radium : sonde et colpostat pendant sept jours, dose totale 63 millicuries détruites. Deux mois après, cellulectomie type Huguier III (Dr. FRADIN).

Pièce opératoire (Dr. ISIDOR) n°17756 : col stérilisé, absence de métastases ganglionnaires.
Recul : six ans.
Malade suivie pendant six ans :
- Urographie intra veineuse post-opératoire (quinze jours) : dilatation urétéro-pyélo-calicielle modérée.
- Urographie un mois et demi après l'intervention : accentuation de la dilatation des voies excrétrices.
- Urographie cinq mois après : test fonctionnel satisfaisant ; diminution considérable de la dilatation des voies excrétrices à droite.
- Urographie un an après l'intervention : normale, si ce n'est une petite anomalie de la jonction utéréto-pyélique à droite.

Les suites sont normales des points de vue clinique, cytologique, colposcopique.

▫

OBS. n°16 -

Mme DUPR ... (Clinique), 43 ans, cinq grossesses, dont la chronologie n'est pas précisée.
Consulte au mois de juin 1960, pour métrorragies depuis un an.
Col bourgeonnant à l'examen.
Biopsie, n°12874 C (Dr. ISIDOR) : épithélioma pavimenteux intermédiaire.
Absence de retentissement urinaire.

Traitement : Radium, colpostat et sonde pendant sept jours, 63 millicuries, détruites au total. Un mois et demi après, colpohystérectomie élargie et lymphadénectomie pelvienne bilatérale (Docteur FRADIN). Quinze jours après cette intervention, fistule recto-vaginale : cure de la fistule sans dérivation colique un mois après.

Pièce opératoire n°13205 C (Dr. ISIDOR) : col stérilisé, absence de métastases ganglionnaires.
Recul : huit ans.
Survie pendant huit ans : suites normales, clinique, colposcopique, cytologique.

o

OBS. n°17 -

Mme DUPU ... (Clinique-Hôpital), 36 ans, deux enfants (14 et 13 ans), consulte en février 1958 pour métrorragies depuis un an.

A l'examen, col bourgeonnant.
Biopsie, n°9978 C (Dr. ISIDOR): épithélioma glanduliforme endocervical.
Absence de retentissement urinaire.

Traitement : Radium, sonde et colpostat pendant sept jours, dose totale, 63 millicuries détruites. Cytologie, classe IV, un mois après. Un mois après le radium, colpohystérectomie totale avec lymphadénectomie bilatérale (Docteur FRADIN).

Pièce opératoire, n°11625 (Dr. ISIDOR) : persistance d'un très important foyer tumoral non modifié par le radium, s'étendant au moins sur le tiers, parfois la moitié, de l'épaisseur de la paroi cervicale, absence de métastases ganglionnaires.

Recul : 10 ans.
Malade suivie pendant dix ans : suites normales, clinique, colposcopique, cytologique, radiologique (urographie intra-veineuse).

o

OBS. n°18 -

Mme FLA ... (Hôpital), 45 ans, un enfant de

22 ans, consulte pour métrorragies datant de deux mois, en octobre 1965.
Col bourgeonnant à l'examen.
Biopsie, n°21312 C : épithélioma pavimenteux intermédiaire (Dr. ISIDOR).
Cytologie : classe IV.
Lymphographie normale. Absence de retentissement urinaire.

Traitement : radium : sonde et colpostat pendant sept jours : 63 millicuries détruites au total. Cytologie classe II, un mois et demi après le radium. Colpohystérectomie totale élargie, et lymphadénectomie pelvienne bilatérale (Docteur FRADIN) un mois et demi après le traitement par le radium.

Pièce opératoire n°21773 (Dr. ISIDOR) : persistance d'un foyer néoplasique en profondeur sur le col. Absence de métastase ganglionnaire.
Recul : 3 ans.
Malade suivie pendant trois ans : suites normales clinique, radiologique, cytologique, colposcopique.

°

OBS. n°19 -

Mme GAND ... (Clinique-Hôpital), 67 ans, quatre enfants (35, 29, 27, 26 ans).
Consulte en août 1964 pour métrorragies post-ménopausiques datant de trois mois. Etat général très médiocre.
Cliniquement, col bourgeonnant.
A la biopsie (Dr. ISIDOR) n°19284 C Epithélioma épidermoïde - Lymphographie normale.
Absence de retentissement urinaire.

Traitement : Radium : sonde et colpostat pendant sept jours : 63 millicuries détruites.
Contrôle cytologique deux mois après : classe

IV. Deux mois après la pose du radium, colpohystérectomie totale avec lymphadénectomie pelvienne bilatérale (Docteur FRADIN).

Pièce opératoire n°20211 (Dr. ISIDOR) : col stérilisé, absence de métastases ganglionnaires.
Recul : 4 ans.
Suivie 4 ans, suites normales clinique, radiologique, cytologique, colposcopique.

o

OBS. n°20 -

Mme GOUP... (Clinique-Hôpital), 55 ans, quatre enfants de 35, 24, 20 et 17 ans, consulte en décembre 1960 pour des métrorragies datant de trois mois.

A l'examen, petite lésion bourgeonnante péri-orificielle. Biopsie n°13687 C (Dr.ISIDOR) ::épithélioma intermédiaire à tendance légèrement spino-cellulaire.
Cytologie : classe IV.
Pas de retentissement urinaire.

Traitement : Radium sonde et colpostat pendant sept jours, 63 millicuries détruites.
Cytologie classe II un mois après le radium.
Un mois et demi après le radium, colpohystérectomie totale avec lymphadénectomie pelvienne bilatérale (Docteur FRADIN).

Pièce opératoire n°15239 (Dr. ISIDOR) : col stérilisé, absence de métastases ganglionnaires.

Recul : 8 ans.
La malade est suivie pendant six années au bout desquelles elle est décédée :
- pendant les trois premières années, évolution normale, clinique, radiologique, cytologique, colposcopique.

- quatrième année : bourgeon vaginal droit tout près de la jonction vulvo-vaginale : il s'agit d'un carcinome épidermoïde immature indifférencié (Dr. ISIDOR) n°17327 C. Traitement par le radium : 30 milligrammes par voie vaginale, pendant sept jours soit une dose de 37,80 millicuries détruites. Grosse réaction cutanéo-muqueuse dans les suites, disparition du bourgeon.
- après cinq ans et demi : bourgeon au niveau de la commissure périnéale postérieure, manifestement néoplasique. Traitement par le cobalt à l'hôpital Foch de Suresnes : 4200 r. Evolution : bonne cicatrisation - cytologies successives classe II.
- sixième année : poussée évolutive vaginale au niveau de la cloison postérieure, très rapidement extensive, provoquant l'apparition d'un état cachectique - dilatation urétéro pyélo calicielle - Décédée.

o

OBS. n°21 -

Mme GREG ... (Clinique), 56 ans, 3 grossesses (chronologie non précisée). Consulte en janvier 1961, après trois années de métrorragies post-ménopausiques.

Il s'agit d'un bourgeon de la lèvre inférieure. A la biopsie n°13859 C (Dr. ISIDOR) : microcarcinome. Absence de retentissement urinaire.

Traitement : Radium, en premier lieu ; par sonde et colpostat pendant sept jours, dose totale 63 millicuries détruites.

L'intervention chirurgicale est contr'indiquée en raison du mauvais état général : diabète, polyarthrite chronique ankylosante.

Recul : sept ans et demi.
Malade suivie pendant sept ans et demi : suites normales clinique, colposcopique, cytologique.

o

OBS. n°22 -

Mme GRINT ... (Clinique Hôpital), 62 ans, trois grossesses (37, 35 et 20 ans) consulte en avril 1964 pour métrorragies post-ménopausiques datant de six mois.

Cliniquement, ulcération de l'angle droit de l'orifice cervical.

Biopsie n°18792 C (Dr. ISIDOR) : épithélioma très anaplasique à point de départ orificiel. Lymphographie droite (incident technique) : normale. Absence de retentissement urinaire.

Traitement : Radium, sonde et colpostat pendant sept jours, 63 millicuries détruites au total. Un mois et demi après, cytologie classe III. Deux mois après la curiethérapie, colpohystérectomie totale élargie et lymphadénectomie pelvienne bilatérale (Docteur FRADIN).

Pièce opératoire n°19854 (Dr. ISIDOR) - col stérilisé - absence de métastases ganglionnaires.

Recul : quatre ans et demi.
Survie : quatre ans et demi.
- Cliniquement : oedème du membre inférieur gauche sans compression cliniquement évidente.
- cytologie et colposcopie normales.
- radiologiquement : petite dilatation urétéro pyélo calicielle droite à l'urographie intra veineuse ; test fonctionnel normal.

o

OBS. n°23 -

Mme HEB... (Clinique-Hôpital), 56 ans, trois grossesses (27, 23, 21 ans) consulte au mois d'octobre 1959 à l'occasion de leucorrhées purulentes datant de quatre mois. Cliniquement, petit bourgeon cervical. Biopsie n°11495 C (Dr. ISIDOR) : microcarcinome exocervical. Absence de retentissement urinaire.

Traitement : Curiethérapie : pendant sept jours, sonde et colpostat, distribuant une dose totale de 63 millicuries détruites. Le traitement chirurgical est contrindiqué en raison des antécédents de phlébite grave, et de polyarthrite ankylosante.
Recul : neuf ans.

Malade suivie pendant neuf ans : suites normales clinique, colposcopique, cytologique, mais aggravation de la polyarthrite entraînant l'impotence.

o

OBS. n°24 -

Mr. HERD ... (Hôpital), 43 ans, deux enfants (25 et 19 ans), vue en juin 1962 pour des métrorragies depuis un mois. Cliniquement, gros col saignant.
Colposcopie : remaniement atypique, mosaïque, petit bourgeon.

Biopsie n° 15922 C (Dr.ISIDOR) : dysplasie très suspecte. Une hystérectomie totale est pratiquée (Docteur PHILIPPE) pour séquelles de salpingite.

Pièce opératoire : n°17078 (Dr.ISIDOR) : dysplasie se compliquant en un point de tendance nettement invasive mais limitée en surface.

Recul : 6 ans.
Suivie pendant six ans : suites normales, clinique, radiologique, cytologique, colposcopique. "New look" à la quatrième année pour prolapsus vaginal : aucune anomalie à signaler.

o

OBS. n°25 -

Mme HERV ... (Hôpital), 58 ans, quatre enfants (32, 28, 16 et 15 ans), venue consulter en juillet 1962 pour métrorragies post-ménopausiques depuis trois mois.

Cliniquement, col bourgeonnant. Obésité importante.

Biopsie n° 15940 C (dr.ISIDOR) : épithélioma pavimenteux intermédiaire.
Cytologie : classe IV.
Absence de retentissement urinaire.

Traitement : en premier lieu, radium par sonde et colpostat pendant sept jours ; la malade reçoit 63 millicuries détruites. Deux mois et demi après la curiéthérapie, colpohystérectomie totale et lymphadénectomie pelvienne bilatérale (Docteur FRADIN).
Pièce opératoire n°17387 (Dr.ISIDOR) : col stérilisé, absence de métastases ganglionnaires.
Recul : 6 ans.
Suites normales des points de vue radiologique, urographique, cytologique, colposcopique. Du point de vue clinique : oedème du membre inférieur gauche, masse obturatrice gauche : on craint une métastase ganglionnaire, et un traitement radiothérapique est pratiqué. La masse ne disparaît pas. L'oedème du membre inférieur gauche persiste. En fait, il semble bien s'agir d'un lymphocèle : l'obésité très importante de la patiente fait reculer devant

une intervention pour corriger l'anomalie anatomique d'ailleurs bien supportée physiquement et psychologiquement.

o

OBS. n°26 -

Mme HOUD ... (Clinique), 39 ans, trois grossesses, 16, 14, 8 ans) est vu en juin 1966 pour des métrorragies depuis un mois.

A l'examen : zone suspecte exocervicale.
Biopsie n°22694 C (Dr. ISIDOR) : épithélioma malpighien assez bien différencié de la muqueuse exocervicale. Absence de retentissement urinaire.

Traitement : radium : sonde et colpostat pendant sept jours : 63 millicuries détruites.
Deux mois après le traitement par le radium, colpohystérectomie totale élargie et lymphadénectomie pelvienne bilatérale (Docteur FRADIN).

Pièce opératoire : n°23093 C (Dr.ISIDOR) : col stérilisé, absence de métastase ganglionnaire.
Recul : deux ans et demi.
Suivie pendant ces deux années et demi, suites normales cliniques, colposcopique, cytologique, mais radiologiquement, jusqu'au deuxième mois post-opératoire, on signale une petite dilatation urétéro pyélo calicielle droite.

o

OBS. n°27 -

Mme KACZ ... (Clinique-Hôpital), 35 ans, un enfant de douze ans, consulte en mars 1967 à la clinique pour des métrorragies datant d'un an. Cliniquement : bourgeon sur la lèvre antérieure du col.

Biopsie n°24234 C : Dr. ISIDOR : épithélioma intra épithélial avec en certains points une évolution invasive. Microcarcinome (conisation cervicale, n°23765) absence de retentissement urinaire.

Traitement : colpohystérectomie totale élargie et lymphadénectomie pelvienne bilatérale (Docteur FRADIN).

Pièce opératoire n°23845 : persistance de l'épithélioma sur le col, absence de métastases ganglionnaires.
Recul : un an et demi.
Suivie un an et demi, suites normales clinique, radiologique, colposcopique, cytologique.

o

OBS. n°28 -

Mme KRI ... (Clinique), 37 ans, quatre grossesses, (14, 10, 5 ans, 17 mois) est établie pour des métrorragies depuis 6 mois, en août 1959 à la clinique.
Cliniquement : petit bourgeon cervical.
Biopsie n°11846 C (Dr. ISIDOR) : épithélioma pavimenteux spino-cellulaire.
Absence de retentissement urinaire.

Traitement : Radium (Dr. PILLERON) sonde et colpostat pendant cinq jours et demi : 59,4 millicuries détruites. Un mois après : cytologie classe II. Un mois et demi après la curiethérapie, colpohystérectomie totale élargie et lymphadénectomie pelvienne bilatérale (Docteur FRADIN).

Pièce opératoire : n°12155 C (Dr. ISIDOR): col stérilisé, absence de métastase ganglionnaire.
Recul : 9 ans.
Malade suivie trois ans pendant lesquels les

suites clinique, radiologique, colposcopique, cytologique sont normales. D'après notre enquête, à la neuvième année, il n'y a rien d'anormal à signaler.

o

OBS. n°29 -

Mme LEFEB ... (Clinique) 61 ans, nulligeste, vient consulter en juillet 1967 à la clinique pour des métrorragies post-ménopausiques depuis quatre mois.
Cliniquement : bourgeon derrière une atrésie vaginale très importante.
Histologie : épithélioma pavimenteux intermédiaire.
Cytologie : classe IV (Dr. ISIDOR).
Absence de retentissement urinaire.

Traitement : le radium étant jugé d'application impossible par les curiethérapeutes en raison de l'atrésie vaginale, on passe immédiatement au temps chirurgical : colpohystérectomie totale et lymphadénectomie pelvienne bilatérale (Dr. FRADIN).

Pièce opératoire : n°20051 C (Dr.ISIDOR) : épithélioma pavimenteux, importante extension du processus tumoral par glissement sur la surface de la muqueuse endocervicale. En certains points, envahissement de la paroi fibromusculaire (important foyer néoplasique représenté par des formations globuleuses). Le processus s'étend au-delà de la région isthmique et intéresse par glissement la surface de la muqueuse endométriale. Absence d'extension ganglionnaire. Cobaltothérapie post-opératoire: 7500 rad.
Recul : 1 an ½.
Malade suivie pendant un an et demi : suites normales clinique, radiologique, colposcopique, cytologique.

OBS. n°30 -

Mme LEL ... (Clinique), 70 ans, un enfant (45 ans) est vue en novembre 1966 pour des métrorragies post-ménopausiques depuis trois mois.
Cliniquement : col bourgeonnant.
Biopsie n°23500 C (Dr.ISIDOR) : épithélioma malpighien intermédiaire.

Traitement : Radium : sonde et colpostat pendant sept jours : 63 millicuries détruites.
Chirurgie cinq mois après : colpohystérectomie totale avec lymphadénectomie pelvienne bilatérale (Docteur FRADIN).

Pièce opératoire n°24364 C (Dr.ISIDOR) : col stérilisé, absence de métastase ganglionnaire.
Recul : 2 ans.
Suivie 2 ans, suites clinique, radiologique, colposcopique, cytologique, normales.

o

OBS. n°31 -

Mme MARCH ... (Clinique), 49 ans, un enfant de 27 ans, un avortement datant de 14 ans, vue au mois d'avril 1967 pour métrorragies datant de cinq mois.
Cliniquement : col bourgeonnant.
Biopsie n°24396 C : épithélioma malpighien spino-cellulaire. Frottis vaginal : classe V (Dr.ISIDOR).
Absence de retentissement urinaire.

Traitement : radium pendant sept jours sonde et colpostat, 37,80 et 25,20 respectivement, soit au total 63 millicuries détruites. Deux mois après, colpohystérectomie totale élargie et lymphadénectomie bilatérale pelvienne (Docteur FRADIN).

Pièce opératoire : col stérilisé, absence de métastase ganglionnaire (Dr. ISIDOR).
Recul : un an et demi.
Malade suivie pendant ce même délai : suites clinique, radiologique, colposcopique, cytologique normales.

°

OBS. n°32 -

Mme MARI ... (Hôpital), 65 ans, six enfants (de 41 à 31 ans dont un accouchement par césarienne), observation n°32, est vue au mois de juillet 1962 pour métrorragies post-ménopausiques depuis une année.

Cliniquement : ulcération de la lèvre inférieure du col.
Biopsie n°15939 C : microcarcinome.
Cytologie classe III (Dr. ISIDOR).
Absence de retentissement urinaire.

Traitement : radium pendant sept jours : sonde 37,80 et colpostat 25,20 soit au total 63 millicuries détruites. Un mois après, cytologie classe III. Intervention chirurgicale refusée par la malade.
Recul: 6 ans.
Malade suivie pendant un mois. Une enquête effectuée auprès de son médecin traitant nous apprend que la malade va bien à ce jour (6e année).

°

OBS. n°33 -

Mme MAUR ... (Clinique), 46 ans, trois enfants (20, 18 et 13 ans), est vue au mois de mai 1960 pour des métrorragies récentes.

Cliniquement, bourgeon limité du col.

Biopsie n°12878 C (Dr. ISIDOR):microcarcinome.
Pas de retentissement urinaire.

Traitement : radium, sonde et colpostat pendant sept jours. Au total, 63 millicuries détruites. Deux mois après, colpohystérectomie totale élargie et lymphadénectomie bilatérale (Docteur FRADIN).

Pièce opératoire n°13207 C (Dr.ISIDOR) :
col stérilisé, absence de métastase ganglionnaire.
Recul : 8 ans.
suivie 8 ans : suites normales, clinique, radiologique, colposcopique, cytologique.

o

OBS. n°34 -

Mme MAUS ... (Clinique et Hôpital), 53 ans, 1 enfant de 30 ans, est vue au mois de février 1967 pour métrorragies post-ménopausiques depuis trois mois.
Cliniquement : col bourgeonnant.
Biopsie : n°23588 (Dr.ISIDOR) : Epithélioma malpighien intermédiaire.
Lymphographie normale. Absence de retentissement urinaire.

Traitement : radium sonde 25,20 et colpostat 25,20 soit 50,4 millicuries détruites au total. Un mois après colpocytologie cl.II.
Un mois et demi après la curiethérapie : colpohystérectomie totale élargie et lymphadénectomie bilatérale (Docteur FRADIN).

Pièce opératoire n°24000 (Dr. ISIDOR) : col stérilisé, pas de métastase ganglionnaire.
Recul : un an et demi.
Suivie un an et demi, suites normales, clinique, radiologique, colposcopique, cytologique à ce jour.

Obs. n°35 -

Mme SCHN ... (Hôpital), 44 ans; 7 enfants, dont le dernier a six ans et demi, est vue au mois d'août 1966 pour métrorragies depuis 2 mois.
Cliniquement : ulcération du col.

Biopsie n°23104 C : épithélioma pavimenteux intermédiaire de l'exocol, infiltrant l'endocol (Dr. ISIDOR).

Traitement : radium sonde et colpostat, 63 millicuries détruites au total. Un mois et demi après, colpocytologie classe I. Un mois et demi après curiethérapie : colpohystérectomie totale élargie et lymphadénectomie bilatérale (Docteur FRADIN).

Pièce opératoire n°22982 (Dr. ISIDOR) : col stérilisé, ganglions obturateurs droit et iliaques externes gauches envahis. Pour cette raison, cobaltothérapie : dose tumeur 8000 r.
Recul : 2 ans.
Evolution : dans les mois qui suivent l'u altération de l'état général, crises douloureuses vertébrales ; quatre mois après l'intervention, exclusion du rein gauche. "New look" au huitième mois : tumeur ganglionnaire rétro pancréatique englobant le pédicule rénal gauche, inextirpable. Malade décédée à la fin de la première année.

o

OBS. n°36 -

Mme SER ... (Clinique), 41 ans, 2 enfants (16 et 6 ans) et un avortement de trois mois non cureté de 1 an; est vue au mois de mars 1959 pour métrorragies depuis trois mois.
Cliniquement, énorme bourgeonnement.
Biopsie : n°11298 C : épithélioma pavimenteux malpighien intermédiaire (Dr. ISIDOR).

Absence de retentissement urinaire.
Traitement : radium, sonde et colpostat pendant sept jours : 63 millicuries détruites au total. Rien à signaler un mois après sur le plan colpocytologique. Un mois et demi après la curiethérapie, colpohystérectomie totale élargie et lymphadénectomie bilatérale (Docteur FRADIN).

Pièce opératoire n°11536 C : col stérilisé, pas de métastase ganglionnaire.
Recul : 9 ans.
Malade suivie pendant trois ans : suites clinique, radiologique, colposcopique, cytologique normales.
Va très bien à ce jour (9e année) (enquête).

o

OBS. n°37 -

Mme PIL .... (Clinique-Hôpital), 49 ans, un enfant de 20 ans, est vue en janvier 1958 pour métrorragies depuis 2 mois.
Cliniquement, col bourgeonnant.
Biopsie n°9931 C (Dr. ISIDOR) : épithélioma pavimenteux anaplasique.
Absence de retentissement urinaire.

Traitement : Radium, sonde et colpostat, respectivement 37,80 et 37,80 millicuries soit au total 75,60 millicuries détruites. Traitement pendant sept jours. Un mois après, colpocytologie classe IV. Deux mois après la curiethérapie, colpohystérectomie totale élargie et lymphadénectomie bilatérale, en réalité incomplète à gauche en raison d'une blessure de la veine iliaque externe (Docteur FRADIN).

Pièce opératoire n°11627 (Dr.ISIDOR) : col stérilisé, absence de métastase ganglionnaire.
Evolution : au 9e mois post-opératoire, tumeur de la fosse iliaque gauche ; intervention ex-

ploratrice : métastase ganglionnaire (coupe n°12504). On institue un traitement par le cobalt : 8000 r tumeur, qui fait disparaître la masse.
Recul de dix ans.
Malade suivie pendant dix ans : suites clinique, radiologique, colposcopique, cytologique normales.

o

OBS. n°38 -

Mme PITZ ... (Clinique), 32 ans, trois enfants et trois avortements (chronologie non précisée), est vue en juin 1964 pour leucorrhées depuis quelques mois. Cliniquement, gros col polykystique, et petite tumeur bourgeonnante.

Biopsie n°18818 (Dr.ISIDOR) : épithélioma malpighien spino-cellulaire.
Absence de retentissement urinaire.
Traitement : radium, sonde et colpostat pendant sept jours, respectivement 37,80 et 25,20 soit au total 63 millicuries détruites.
Après dix jours, colpocytologie classe I. Un mois 1/2 après la curiethérapie, colpohystérectomie totale élargie et lymphadénectomie bilatérale (Docteur FRADIN).

Pièce opératoire n°148406(Dr. de BRUX) : col stérilisé, absence de métastase ganglionnaire.
Recul : 4 ans et demi.
Suivie : suites normales clinique, cytologique, colposcopique pendant 4 ans ½ ; radiologiquement, dilatation urétéro-pyélo-calicielle passagère.

o

OBS. n°39 -

Mme TAV ... (Hôpital), 43 ans, quatre enfants, (23, 21, 19 et 7 ans) est vue pour métrorragies depuis 18 mois, au mois de juin 1959.
Cliniquement, col bourgeonnant.
Biopsie n°13084 (Dr. ISIDOR) : épithélioma pavimenteux intermédiaire à tendance spino-cellulaire.
Absence de retentissement urinaire.

Traitement : radium, sonde et colpostat, 63 millicuries détruites au total. Un mois après, colpohystérectomie totale élargie et lymphadénectomie bilatérale (Docteur FRADIN).

Pièce opératoire n°13193 (Dr. ISIDOR) : col stérilisé, absence de métastase ganglionnaire.
Recul : 9 ans
Malade suivie par nous pendant 2 ans : rien à signaler sur les plans clinique, radiologique, colpocytologique, colposcopique. Enquête à la 9e année : va très bien.

o

OBS. n°40 -

Mme STAP ... (Hôpital), 43 ans, 2 enfants (17 et 15 ans) consulte en septembre 1965 pour métrorragies depuis quelques mois.
Cliniquement : zone suspecte sur le col, dont l'existence commande une conisation.
Anatomie-pathologique : n°21430 (Dr.ISIDOR): microcarcinome.

Traitement : chirurgical : colpohystérectomie totale avec castration (Docteur FRADIN).
Pièce opératoire n°21532 (Dr.ISIDOR) : col normal.
Recul : 3 ans
Suites, pendant 3 ans normales clinique, colposcopique, cytologique.

OBS. n°41 -

Mme SZUK ... (Clinique), 36 ans, un enfant de 17 ans, un avortement datant de 8 ans et une grossesse extra utérine datant de 4 ans, consulte en janvier 1958 pour métrorragies depuis un mois.

Cliniquement, ulcération de la moitié inférieure du col.
Biopsie n°9906 (Dr.ISIDOR) : Epithélioma pavimenteux intermédiaire invasif.
Absence de retentissement urinaire.

Traitement : radium, sonde et colpostat pendant 168 heures respectivement 30 et 30 milligrammes totalisant 50,40 millicuries détruites.
Un mois après, colpohystérectomie totale et lymphadénectomie totale bilatérale (Docteur LAMARE).
Pièce opératoire n°10173 C (Dr.ISIDOR) : col stérilisé, absence de métastase ganglionnaire.
Recul : 10 ans.
Suites : un an après, masse dans la fosse iliaque gauche, traitée par le cobalt : 7000 r tumeur. Complication post-cobaltothérapique : blocage à gauche et hématurie. Malade suivie pendant dix ans : suites colposcopique, cytologique normales à ce jour.

o

OBS. n°42 -

Mme VILL... (Clinique-Hôpital), 52 ans, nulligeste, consulte en février 1967 pour métrorragies post-ménopausiques depuis deux ans.
Lésion dysplasique à la colposcopie.

Biopsie n°21447 C (Dr.ISIDOR) : hyperplasie pseudo-adénomateuse à caractère inflammatoire des glandes endocervicales.
Colpocytologie classe II.

Vingt jours après, biopsie n°23544 C de l'exo et de l'endocol normales, sauf infiltration lympho-plasmocytaire importante du chorion.
Colpocytologie classe III.
Trente jours après, biopsie n°23619 C : l'épithélium pavimenteux sur la structure est assez atypique.

Trois mois après le premier prélèvement : colpocytologie n°23957 C, classe IV, on décide une colpohystérectomie totale (Docteur FRADIN).

Pièce opératoire n°23473 : sur le col, le revêtement épithélial pavimenteux présente une structure normale. Cependant en profondeur, on trouve de petites productions nodulaires constituées par des groupes d'éléments épithéliaux pavimenteux de type malpighien dont la structure est nettement atypique. Ces bourgeons épithéliaux proviennent vraisemblablement d'une lésion proliférative en surface, qui n'a pas été retrouvée sur les prélèvements antérieurs. Prolifération très anarchique du revêtement épithélial malpighien dans la muqueuse exocervicale à tendance nettement invasive.

Traitement : cobalt 7000 r tumeur.
Recul : 1 an ½.
Pendant 1 an ½, suites normales clinique, radiologique, colposcopique, cytologique.

o

OBS. n°43 -

Mme VILN ... (Hôpital), 80 ans, trois enfants, un avortement (chronologie non précisée) ; ménopausée à 42 ans, est vue en décembre 1962 pour métrorragies depuis un mois.
Cliniquement, col bourgeonnant.
Biopsie n°16256 C (Dr.ISIDOR) : épithélioma pavimenteux intermédiaire.
Absence de retentissement urinaire.

Traitement : Radium pendant sept jours, sonde et colpostat, au total 63 millicuries détruites. Chirurgie contrindiquée en raison de l'âge.
Recul : 6 ans.
Pendant 3 ans, suites clinique, radiologique, colposcopique, cytologique normales. On apprend après enquête que la malade est décédée d'une autre affection en 1967, à la cinquième année.

°

OBS. n°44 -

Mme OGI ... (Hôpital), 69 ans, deux enfants, (51 et 47 ans) ménopausée à 49 ans, est vue en juillet 1959 pour métrorragies depuis trois à quatre mois.
Cliniquement, prolapsus utérin du troisième degré, pessaire, ulcération de l'endocol.

Biopsie n°13167 : Epithélioma tubuliforme endocervical "épithélioma à cellules claires" (Dr. ISIDOR).
Absence de retentissement urinaire.

Traitement : radium impossible. Colpohystérectomie totale élargie et lymphadénectomie bilatérale (Docteur FRADIN).
Pièce opératoire n°13255 (Dr.ISIDOR) : on ne retrouve pas de lésion à cette biopsie exérèse, absence de métastase ganglionnaire.
Recul : 9 ans.
Malade suivie pendant 3 ans : suites clinique, radiologique, colposcopique, cytologique, normales. D'après une enquête à la 9e année, malade perdue de vue, on sait que plusieurs tentatives de suicide ont eu lieu.

°

OBS. n°45 -

Mme LAM ... (Clinique-Hôpital), 81 ans, deux enfants (60 et 53 ans) consulte au mois de juillet 1961 pour métrorragies post-ménopausiques depuis un mois.
Cliniquement, prolapsus du troisième degré du col, pessaire, cratère cervical.

Biopsie n°15689 (Dr. ISIDOR) épithélioma pavimenteux intermédiaire invasif.
Cytologie : classe V.
Absence de retentissement urinaire.

Traitement : radium, sonde et colpostat pendant sept jours, au total, 63 millicuries détruites.
Recul : 7 ans.
Malade suivie pendant 2 ans : irritation par le pessaire mais suites clinique, colposcopique, cytologique normales. D'après son médecin traitant, décédée à la 7e année d'une affection intercurrente sans rapport avec le cancer.

o

OBS. n°46 -

Mme BER ... (Clinique-Hôpital), 40 ans, 4 enfants, (chronologie non précisée), dernière grossesse 5 ans auparavant, consulte en avril 1959 pour métrorragies depuis 15 jours; ménopause artificielle à 35 ans, il s'agit d'une forme sur col restant, cinq ans avant : césarienne et hystérectomie.
Cliniquement : bourgeonnement sur la lèvre antérieure du col.

Biopsie n°11423 C (Dr.ISIDOR) : carcinome anaplasique du col. Colpocytologie classe IV.
Extension : déviation de l'uretère gauche, évocatrice d'une adénopathie pelvienne importante.

Traitement : Radium, colpostat 30 mg pendant sept jours soit 37,80 millicuries détfuites. Un mois après, colpocytologie classe IV. (Dr. ISIDOR). Un mois après la curiethérapie, cervicectomie élargie et lymphadénectomie bilatérale (Docteur FRADIN).

Pièce opératoire n°13190 : persistance de nombreux bourgeons épithéliomateux intra-muraux à une certaine distance du col - très importantes métastases ganglionnaires, justifiant un traitement complémentaire.
Radiothérapie : dose prévue 12000 r peau, dose reçue 12000 r peau.
Recul : 9 ans, suivie 9 ans.
Suites normales clinique, radiologique, colposcopique, cytologique pendant ces neuf années.

o

OBS. n°47 -

Mme NAD .... (Clinique-Hôpital) 53 ans, nullipare ménopausée à 42 ans, consulte au mois de février 1961 pour métrorragies depuis un an. Elle a subi onze ans avant une hystérectomie subtotale pour fibrome (col restant).
Cliniquement : col bourgeonnant.
Biopsie n°13971 C (Dr.ISIDOR) : épithélioma pavimenteux intermédiaire invasif.
Colpocytologie : classe V.
Absence de retentissement urinaire.

Traitement : radium, colpostat 30 milligrammes pendant sept jours, soit 37,80 millicuries détruites. Quatre mois après rien à signaler d'anormal. Quatre mois et demi après la curiethérapie, cervicectomie élargie et lymphadénectomie pelvienne bilatérale (Docteur FRADIN).

Pièce opératoire n°14720 C : col stérilisé, absence de métastases ganglionnaires.
Recul : 7 ans, suivie 7 ans.

Pendant cette période, suites clinique, colposcopique, radiologique, cytologique normales.

o

OBS. n°48 -

Mme PROD .... (Hôpital), 52 ans, 2 enfants, (chronologie non précisée), consulte au mois d'avril 1963 pour des métrorragies depuis trois mois. Elle avait été opérée dix huit ans auparavant d'une hystérectomie subtotale pour un fibrome (col restant).
Cliniquement, ulcération cervicale.
Biopsie n°16984 C : épithélioma malpighien intermédiaire (Dr. ISIDOR).
Colpocytologie : classe IV.
Lymphographie normale.

Traitement : radium, colpostat 20 mg pendant sept jours, soit 25,20 millicuries détruites.
Deux mois après, rien à signaler d'anormal.
Trois mois et demi après la curiethérapie, cervicectomie élargie et lymphadénectomie bilatérale (Docteur FRADIN).

Pièce opératoire n°18567 : le col est le siège d'un volumineux foyer tumoral : carcinome épidermoïde immature, pas de métastase ganglionnaire (Dr.ISIDOR).
Recul : 5 ans. Suivie 5 ans.
Suites : 2 ans après, "new look" à l'occasion d'une éventration : rien à signaler. Suites normales cliniques, colpocytologique, mais au 5e mois, dilatation urétéro pyélo-calicielle post-opératoire régressive.

o

OBS. n°49 -

Mme RODR ... (Clinique), 52 ans, 3 grossesses dont la chronologie n'est pas précisée est vue

en octobre 1960 pour métrorragies post-ménopausiques depuis un mois. A subi douze ans auparavant, une hystérectomie subtotale pour fibrome (col restant).
Cliniquement, col végétant.
Biopsie n°13841 C (Dr.ISIDOR) : épithélioma pavimenteux intermédiaire.
Absence de retentissement urinaire.

Traitement : radium : colpostat pendant sept jours soit 37,80 millicuries détruites. Le traitement chirurgical est refusé par la malade.
Recul : 8 ans.
Malade suivie pendant 8 ans : suites clinique, radiologique, colposcopique, cytologique, normales.

°

OBS. n°50 -

Mme VERGN ... (Hôpital), 37 ans, sept enfants, (15, 14, 10, 8, 5 dont un avortement de 2 ans et une grossesse de 3 mois ½ dont l'avortement est en cours), consulte en septembre 1967 pour métrorragies depuis un mois. Fibrome associé (cancer et grossesse).
Cliniquement : rien à signaler sur le col.
Un mois et demi après le curetage évacuateur, est pratiquée une hystérectomie totale pour le fibrome.
Pièce opératoire (Dr.ISIDOR) n°24738 - corps: fibrome; col : microcarcinome de l'exocol.
Quinze jours après, colpocytologie classe III (n°24801).

Traitement : un mois après l'hystérectomie totale : lymphadénectomie pelvienne bilatérale et castration (Dr. FRADIN).
Pièce opératoire n°24821 : pas d'envahissement ganglionnaire (Dr.ISIDOR).
Recul : un an.
Malade suivie pendant un an : rien à signaler

aux points de vue clinique, colposcopique, cytologique.

o

OBS. n°51 -

Mme RODR... (Clinique), 35 ans, un enfant de 5 ans, actuellement enceinte (cancer et grossesse), est vue en mars 1960 au sixième mois pour examen de routine : zone suspecte à la colposcopie - Colpocytologie classe IV.

Biopsie au 7e mois n°11933 C : possibilité de microcarcinome. Accouchement normal à terme. Un mois ½ après, nouvelle biopsie n°12363 C microcarcinome (Dr.ISIDOR).

Traitement : radium : colpostat et sonde pendant sept jours, 63 millicuries détruites au total. Un mois et demi après, colpohystérectomie totale et lymphadénectomie bilatérale (Docteur FRADIN).

Pièce opératoire (Dr. ISIDOR) : col stérilisé, corps non envahi, pas de métastase ganglionnaire.
Recul : 8 ans.
Suivie pendant 8 ans : suites clinique, radiologique, colposcopique, cytologique normales.

o

OBS. n°52 -

Mme ROCH ... (Hôpital Clinique), 34 ans, trois enfants (13, 11, 1 ½) est vue en janvier 1961 à l'occasion d'un avortement de deux mois, à l'occasion duquel on découvre une lésion suspecte (cancer et grossesse).

Biopsie n°15158 (Dr.ISIDOR) : épithélioma pavimenteux intermédiaire de vitalité particulièrement prononcée. Duplicité urétéro pyélocalicielle droite.

Traitement : radium refusé. Quinze jours après

l'avortement, hystérectomie totale élargie et lymphadénectomie bilatérale (Dr. FRADIN).

Pièce opératoire n°15214 (Dr.ISIDOR) : corps: villosités choriales restantes. Col : microcarcinome à évolution endo canalaire, absence de métastases ganglionnaires.
Recul : 7 ans.
Suites : rien à signaler pendant 7 ans, aux points de vue clinique, radiologique, colposcopique, cytologique.

o

OBS. n°53 -

Mme RIV... (Hôpital), 25 ans, 2 enfants (2 ans, 1 an), est vue au mois de septembre 1965 pour un avortement, embryon de un mois. (cancer et grossesse).
Cliniquement : énorme choux-fleur cervical.
Biopsie n°21307 (Dr.ISIDOR) : épithélioma malpighien peu différencié infiltrant.
Absence de retentissement urinaire.

Traitement : radium sonde et colpostat pendant sept jours, au total, 63 millicuries détruites. Rien à signaler un mois après. Un mois et deux après la curiethérapie, colpohystérectomie totale élargie et lymphadénectomie bilatérale (Docteur FRADIN).

Pièce opératoire n°21577 (Dr.ISIDOR) : myomètre gravidique, état décidual, avec villosités choriales. Col stérilisé, pas de métastases ganglionnaires.
Recul : 3 ans.
Malade suivie pendant 1 an, suites cliniques et cytologiques normales. Perdue de vue depuis, en raison de changement de domicile.

o

OBS. n°54 -

Mme IGLE ... (Hôpital), 35 ans, deux enfants de 15 et 5 ans, est vue au mois de mai 1960 à l'occasion d'un avortement, foetus âgé de trois mois (cancer et grossesse). On retrouve la notion de métrorragies avant la grossesse depuis plusieurs mois ? Au cours du curetage on note une lésion suspecte du col.

Biopsie n°14270 (Dr. ISIDOR) : épithélioma pavimenteux intermédiaire de l'exocol. Absence de retentissement urinaire. Duplicité urétéro pyélique gauche.

Traitement : Radium, sonde et colpostat pendant sept jours, 63 millicuries détruites au total. Un mois et demi après, colpohystérectomie totale élargie et lymphadénectomie bilatérale (Docteur FRADIN).

Pièce opératoire n°14528 (Dr.ISIDOR) : col stérilisé. Absence de métastase ganglionnaire. Complication post-opératoire : striction urétérale droite au niveau de la péritonisation (détroit supérieur) : énorme dilatation urétéro-pyélique droite - libération urétérale - suites normales.
Recul : 8 ans.
Suivie pendant 8 ans : suites normales clinique, radiologique, colposcopique, cytologique.

o

OBS. n°55 -

Mme BLO... (Hôpital Clinique), 37 ans, 4 enfants (14, 10, 9, 8 ans) est vue en avril 1962 pour des métrorragies depuis le début d'une grossesse de cinq mois, dont le foetus est décédé. Il s'agit d'un avortement (cancer et grossesse).

Biopsie n°16541, lors du curetage (Dr.ISIDOR): épithélioma intra-épithélial très suspect d'évolutivité.
Biopsie n°15667 C quinze jours après : épithélioma pavimenteux intermédiaire invasif.
Absence de retentissement urinaire. Duplicité urétéro-pyélique partielle à droite.

Traitement : deux mois après l'avortement (difficultés de reconvocation), radium, sonde et colpostat, 63 millicuries détruites au total. Un mois et demi après la curiethérapie, colpohystérectomie totale élargie et lymphadénectomie bilatérale (Docteur FRADIN).

Pièce opératoire : corps : rien à signaler ; col : persistance dans le myomètre de deux petits foyers épithéliaux pavimenteux (Dr.ISIDOR).
Recul : 6 ans.
Suivie pendant 6 ans : suites clinique, radiologique, cytologique, colposcopique.

o

OBS. n°56 -

Mme LAUR ... (Clinique), 69 ans, nulligeste, est vue au mois de décembre 1961 pour métrorragies depuis 1 mois. Il s'agit d'une récidive d'un cancer traité 21 ans avant par le radium.
Biopsie n°15269 C : épithélioma tubuliforme orthoplasique endocervical (Dr.ISIDOR).
Absence de retentissement urinaire.

Traitement : radium 63 millicuries détruites au total. Chirurgie contrindiquée en raison de l'obésité et d'arthroses.
Recul : 7 ans.
Suites normales pendant sept ans : clinique, colposcopique, cytologique.

o

OBS. n°57 -

Mme BEAU ... (Hôpital), 52 ans, 4 enfants (31, 23, 21 et 19 ans), consulte en avril 1959 pour métrorragies depuis 1 mois. Il s'agit d'une récidive puisque 3 ans avant la malade a subi une hystérectomie totale classique avec castration pour un épithélioma pavimenteux exocervical (épithéliome en certains points invasif dans les glandes mais pas au delà. Corps utérin : hyperplasie des glandes avec en certains points, adénome malin (épithélioma glandulaire de surface). Donc cancer double).
Cliniquement (récidive) : ulcération du fond du vagin et prolapsus vaginal.

Biopsie n°12740 : Epithélioma malpighien indifférencié invasif du col (Dr.ISIDOR).
Frottis vaginal : classe IV.

Traitement : radium, 30 mg pendant sept jours, soit 37,80 millicuries détruites. Un mois après, colpocytologie classe IV.
Recul : 9 ans.
Malade suivie pendant 1 an : colpocytologie classe III, puis perdue de vue.

o

OBS. n°58 -

Mme BERTH... (Hôpital), 58 ans, 4 grossesses dont la dernière date de 23 ans, est vue en août 1958 pour des métrorragies post-ménopausiques depuis un mois.
Cliniquement, col bourgeonnant.
Biopsie n°12019 (Dr.ISIDOR) : épithélioma pavimenteux spino-cellulaire invasif - Cytologie Cl.IV.
Extension vaginale et paramétriale gauche - absence de retentissement urinaire.

Traitement : radium : sonde et colpostat pen-

dant 7 jours : 63 millicuries détruites au total. Un mois après, cytologie Cl.II. Un mois et demi après la curiethérapie, colpohystérectomie totale élargie avec lymphadénectomie pelvienne bilatérale (Docteur FRADIN).
Pièce opératoire n°12330 (Dr.ISIDOR) : col stérilisé, absence de métastase ganglionnaire.
Recul ; 10 ans, suivie 10 ans.
Suites clinique, radiologique, cytologique, colposcopique normales.

o

OBS. n°59 -

Mme HUT ... (Clinique), 45 ans, un enfant de 12 ans, consulte au mois d'octobre 1958 pour des métrorragies post-ménopausiques depuis un mois.
Col bourgeonnant.
Biopsie n°10795 C (Dr.ISIDOR) : Epithélioma pavimenteux intermédiaire - Cytologie Cl.IV.
Extension vaginale et paramétriale bilatérale - absence de retentissement urinaire.

Traitement : radium, colpostat 25,20 millicuries détruites (la pose d'une sonde est impossible en raison de l'importance de la tumeur). Cytologie un mois après, Cl.IV. Deux mois après la curiethérapie, colpohystérectomie totale élargie et lymphadénectomie pelvienne bilatérale (Docteur FRADIN).

Pièce opératoire n°11053 C : col stérilisé, absence de métastases ganglionnaires (Dr.ISIDOR).
Recul : 10 ans.
Suites pendant 6 ans :
- à la 2e année : récidive vaginale, anatomie pathologique n°12876 C : épithélioma malpighien intermédiaire spino-cellulaire.
Traitement : radium, colpostat, 37,80 millicuries détruites, suites normales.

- à la 6e année : sciatique rebelle :consulte en neurologie à l'hôpital Foch : possibilité de récidive au niveau du plexus lombo-sacré. Malheureusement, aucun "new look" n'a été pratiqué malgré l'aspect très simple du pelvis et l'absence de lésion vaginale. Une cordotomie spino-thalamique est pratiquée avec des séquelles importantes au niveau des membres inférieurs (oedèmes) et avec des troubles de l'équilibration.
Décédée en fin de 6e année; étiologie exacte non connue.

o

OBS. n°60 -

Mme SMAD ... (Clinique-Hôpital), 33 ans, 5 enfants (13, 12, 10, 7, 2 ½) est vue au mois d'octobre 1958 pour métrorragies depuis trois mois.
Cliniquement, cratère cervical.
Biopsie n°10771 C : épithélioma pavimenteux exocervical. Extension paramétriale bilatérale ; absence de retentissement urinaire.

Traitement : radium sonde et colpostat, 63 millicuries détruites au total. Cytologie classe II un mois après. Un mois et demi après la curiethérapie, colpohystérectomie totale élargie et lymphadénectomie bilatérale (Docteur FRADIN).

Pièce opératoire n°12436 (Dr.ISIDOR) : col stérilisé, absence de métastase ganglionnaire.
Recul : 10 ans.
Malade suivie pendant 3 ans.
Au 6e mois : cytologie classe IV.
Après un an: cytologie classe III.
Un an et demi après : rigidité du dôme vaginal, cytologie classe III.
Après 2 ans ½ : sciatique monoradiculaire de type L5, rétrécissement de l'uretère pelvien

sur une urétéro pyélographie rétrograde.
Réintervention (Dr. LARGET) : Bloc de tissu dur incluant l'uretère sur 3 à 4 cm : opération de Boari.
Pièce opératoire n°14730 : L'étude histologique des prélèvements effectués sur la pièce opératoire montre un important foyer tumoral qui, au premier abord, et en raison des antécédents, se présente comme une localisation secondaire de l'épithélioma cervico-utérin. Cependant, une analyse plus précise du tissu tumoral et ses rapports avec l'épithélium urétéral s'opposent à cette interprétation. La structure du tissu tumoral est très nettement de type para-malpighien excréto-urinaire. De plus, sur certains fragments on trouve des zones de transition entre l'épithélium urétéral et la tumeur ; en conclusion, épithélioma para-malpighien primitif de l'uretère.
Malade décédée six mois après.

o

OBS. n°61 -

Mme INDER ... (Hôpital), 35 ans, 2 enfants (10 et 8 ans) est vue en mars 1958 pour métrorragies récentes. Cliniquement, col bourgeonnant.
Biopsie (Professeur DELARUE) : épithélioma indifférencié glandulaire métaplasique.
Extension au paramètre gauche, absence de retentissement urinaire.

Traitement : radium, sonde et colpostat pendant 7 jours, 30 et 30 milligrammes soit 75,60 millicuries détruites au total. 20 jours après, cytologie cl.IV, 1 mois après cl.III.
La malade est convoquée pour chirurgie, mais est perdue de vue.
Radiothérapie complémentaire : 2000 r (enquête).
Recul : 10 ans.

Malade suivie pendant 1 mois ; perdue de vue par son médecin après 1 an.

°

OBS. n°62 -

Mme NEA ... (Clinique-Hôpital), 40 ans, 2 enfants dont nous ne connaissons pas l'âge, est vue en février 1959 pour métrorragies depuis 1 mois.
Cliniquement, col bourgeonnant.
Biopsie n°11121 C (Dr.ISIDOR) : Epithélioma pavimenteux intermédiaire.
Extension : paramètre gauche ; absence de retentissement urinaire.

Traitement : radium, sonde et colpostat pendant 7 jours, au total 63 millicuries détruites. Deux mois après,contrôle cytologique cl.II. Deux mois après la curiethérapie, colpohystérectomie totale élargie, et lymphadénectomie pelvienne bilatérale (Docteur FRADIN).
Pièce opératoire n°12882 : col stérilisé, absence de métastase ganglionnaire.
Recul : 9 ans.
suites : pendant les six premières années, rien à signaler des points de vue clinique, radiologique, colposcopique, cytologique.
La 7e année, pleurésie bilatérale, ascite, d'étiologie non précisée.
La 8e année, hématurie, subictère, anémie à un million d'éléments, bloc pelvien. Urographie intra-veineuse : dilatation urétéro-pyélo-calicielle importante à gauche, modérée à droite. Biopsie vaginale : Epithélioma.
Cobaltothérapie : 7500 rad.
Décédée à la 9e année.

°

OBS. n°63 -

Mme NAT..JARN.. (Clinique-Hôpital), 37 ans,

2 enfants de 15 et 12 ans et un avortement datant de 6 ans, est vue en septembre 1959 pour métrorragies depuis 3 mois.
Cliniquement, col bourgeonnant.
Biopsie (Dr.ISIDOR), n°11872 C : épithélioma pavimenteux intermédiaire.
Extension : paramètre droit. Absence de retentissement urinaire.

Traitement : radium, sonde et colpostat pendant 7 jours, soit 63 millicuries détruites au total. Un mois après, cytologie Cl.IV. Deux mois après, cl.II. Trois mois après la curiethérapie, colpohystérectomie totale élargie et lymphadénectomie bilatérale (Docteur FRADIN).

Pièce opératoire n°13777 : col stérilisé, ganglions normaux (Dr.ISIDOR).
Recul : 9 ans, suivie 9 ans.
Suites clinique, radiologique, colposcopique, cytologique normales.

o

OBS. n°64 -

Mme POINC ... (Hôpital), 56 ans, un enfant d'âge non précisé est vue en décembre 1959 pour leucorrhées post-ménopausiques depuis 1 mois ½.
Cliniquement, bourgeonnement ligneux.
Biopsie (Dr.ISIDOR) : épithélioma intermédiaire légèrement spino-cellulaire.
Extension : paramètre droit ; mauvaise éjaculation de l'uretère gauche. Urographie intraveineuse : test fonctionnel satisfaisant, légère dilatation urétéro pyélique bilatérale.

Traitement : radium, sonde et colpostat, pendant 7 jours, au total, 63 millicuries détruites. Un mois après, cytologie classe III. Deux mois et demi après la curiethérapie, colpohystérectomie totale élargie et lymphadénectomie bilatérale (Docteur FRADIN).

Pièce opératoire n°13935 : col normal, ganglions non envahis. (Dr.ISIDOR).
Recul : 9 ans.
Malade suivie pendant cinq ans : suites clinique, radiologique, cytologique, colposcopique normales.
Une enquête auprès de son médecin nous apprend que la malade va très bien à la 9e année.

°

OBS. n°65 -

Mme PRZY ... (Hôpital), 40 ans, 3 enfants (22, 15, 10) est vue en juin 1959 pour métrorragies depuis 3 mois.
Cliniquement, col bourgeonnant.
Biopsie n°11760 C : épithélioma pavimenteux intermédiaire développé à partir d'une métaplasie de l'endocol (Dr.ISIDOR).
Extension : aux deux paramètres - absence de retentissement urinaire.

Traitement : radium, colpostat et sonde pendant 7 jours, soit 63 millicuries détruites. Un mois et demi après, cytologie classe II. Un mois et demi après la curiethérapie, colpo-hystérectomie totale élargie et lymphadénectomie bilatérale (Dr. FRADIN).
Pièce opératoire n°13380 (Dr.ISIDOR) : col normal. Ganglions non envahis.
Recul : 9 ans.
Suivie pendant 9 ans, suites normales clinique, cytologique, colposcopique. A l'urographie intra-veineuse, petite hypotonie urétérale droite fonctionnelle régressive.

°

OBS. n°66 -

Mme AMA ... (Clinique-Hôpital), 57 ans, nombre d'enfants non précisé, est vue en juin

1960 pour métrorragies post-ménopausiques depuis 1 an.
Cliniquement, irrégularités anfractueuses.
Biopsie n°13058 C : épithélioma pavimenteux intermédiaire (Dr.ISIDOR).
Extension : infiltration du paramètre droit, extension vaginale en avant, absence de retentissement urinaire.

Traitement : radium, sonde et colpostat pendant 7 jours, 63 millicuries détruites au total. Un mois et demi après, cytologie Cl.II. Chirurgie un mois et demi après la curiethérapie : colpohystérectomie totale élargie et lymphadénectomie bilatérale (Docteur FRADIN).

Pièce opératoire n°14564 : col : vestiges volumineux de l'épithélioma en pleine paroi cervicale, ganglions normaux.
Radiothérapie : dose prévue 15000 r, dose reçue 7500 r (arrêt en raison d'un épisode fébrile).
Recul : 8 ans.
Suites : Dilatation urétéro pyélique bilatérale post-opératoire lentement régressive.
Urographie intra-veineuse normale à la 2e année.
Suivie pendant 8 ans : suites clinique, cytologique, colposcopique, normales.

o

OBS. n°67 -

Mme JAC ... (Hôpital), 46 ans, un enfant de 21 ans, est vue en juin 1960 pour métrorragies depuis 3 mois.
Cliniquement, col bourgeonnant.
Biopsie n°14395 (Dr.ISIDOR) : épithélioma malpighien intermédiaire.
Extension : paramètre gauche envahi - absence de retentissement urinaire.

Traitement : radium, sonde et colpostat pendant 7 jours au total, 63 millicuries détruites, un mois après, cytologie classe II. Deux mois après la curiethérapie, colpohystérectomie totale élargie et lymphadénectomie bilatérale (Docteur FRADIN).

Pièce opératoire n°14663 (Dr.ISIDOR) : sur le col, multiples formations épithéliomateuses infiltrant le canal endo cervical, ganglions normaux.

Radiothérapie : dose prévue 12000 r peau ; dose reçue : 10200 r peau seulement (leucopénie).
Recul : 8 ans.
Suites : 1ère année : tentative de suicide.
1 an ½ après : récidive vaginale rapidement évolutive avec fistule recto-vaginale (biopsie = épithélioma spino-cellulaire).
Anus iliaque.
Décédée à la fin de la 2e année.

o

OBS. n°68 -

Mme WIEC ... (Hôpital), 43 ans, 1 enfant de 19 ans, est vue au mois de novembre 1960 pour métrorragies depuis un mois.
Cliniquement, col bourgeonnant.
Biopsie : Epithélioma tubuliforme de l'endocol (Dr.ISIDOR).
Extension : paramètre gauche. absence de retentissement urinaire.

Traitement : radium sonde et colpostat pendant 7 jours au total 63 millicuries détruites.
Un mois après, colpohystérectomie totale et lymphadénectomie bilatérale. Uretère droit englobé, sectionné et réimplanté (Dr.FRADIN).

Pièce opératoire n°14966 : col : persistance du processus néoplasique, ganglions normaux.

Radiothérapie : rayons X ; dose prévue : 12000 r à la peau, dose reçue : 12000 r répartis en 4 champs.
Recul : 8 ans.
Malade suivie pendant 8 ans.
Suites clinique, cytologique, colposcopique normales ; urographie intra-veineuse normale.

o

OBS. n°69 -

Mme FRO... (Hôpital), 75 ans, 4 enfants, (dont les âges ne sont pas précisés), est vue en janvier 1960 pour métrorragies depuis 6 mois, post-ménopausiques.
Cliniquement, col bourgeonnant sur prolapsus utérin.
Biopsie n°12310 C : épithélioma invasif spinocellulaire kératinisant (Dr.ISIDOR).
Extension : ces deux paramètres ; saillie du trigone à la cystoscopie, urographie normale.

Traitement : radium, sonde et colpostat pendant 7 jours, au total, 63 millicuries détruites. La chirurgie est contrindiquée en raison de l'âge avancé et de l'état cardiaque de la malade.
Recul : 8 ans.
Malade suivie pendant 1 an ½ : biopsie du col n°13162 C : dyskératose pré-épithéliomateuse. La malade n'a pas pu être suivie ensuite : impotence polyrhumatismale.

o

OBS. n°70 -

Mme LEN... (Hôpital), 43 ans, 2 enfants (22, 24 ans), est vue en décembre 1964 pour métrorragies depuis cinq mois.
Cliniquement, col bourgeonnant, mauvais état général.

Biopsie n°19842 C : épithélioma malpighien intermédiaire (Dr.ISIDOR).
Extension : déborde sur le vagin, paramètre gauche, pas de retentissement urinaire.

Traitement : radium, sonde et colpostat pendant sept jours, au total, 63 millicuries détruites ; 2 mois après, cytologie cl.II. Deux mois et demi après la curiethérapie, colpohystérectomie totale non élargie et lymphadénectomie bilatérale.

Pièce opératoire n°20673 : col stérilisé, ganglions non envahis (Dr.ISIDOR).
Recul : 4 ans.
Suivie pendant 1 an : rien à signaler des points de vue clinique, radiologique, colposcopique, cytologique. Pas de réponse à l'enquête entreprise par nous.

°

OBS. n°71 -

Mme LES... (Hôpital), 68 ans, 4 enfants dont l'âge nous est inconnu, est vue en juillet 1964 pour métrorragies post-ménopausiques depuis trois semaines.
Cliniquement, col bourgeonnant.
Biopsie : carcinome épidermoïde différencié immature n°19674 (Dr.ISIDOR).
Extension : tiers supérieur du vagin, paramètre gauche ; lymphographie normale, absence de retentissement urinaire.

Traitement : radium, sonde et colpostat pendant 7 jours au total 63 millicuries détruites. Deux mois après, cytologie classe II. Chirurgie trois mois après la curiethérapie : colpohystérectomie totale non élargie et lymphadénectomie bilatérale. Gros foie cirrhotique.
Pièce opératoire n°20080 : col : petits foyers épithéliomateux intra-muraux, ganglions non envahis.

Recul : 4 ans.
Malade décédée au 4e jour post-opératoire de coma hépatique.

o

OBS. n°72 -

Mme MEY ... (Hôpital-Clinique), 53 ans, 2 enfants (34 et 25) est vue en juin 1964 pour métrorragies post-ménopausiques datant de 8 jours.
Cliniquement, endocol saignant facilement. Absence de retentissement urinaire, lymphographie normale. Extension au paramètre gauche. Colpocytologie classe II.

Biopsie : petit foyer d'épithélioma intra-épithélial. Conisation n°19796 : épithélioma malpighien intermédiaire invasif.

Traitement : radium pendant 7 jours, au total 63 millicuries détruites. Un mois après, cytologie classe II ; un mois et demi après, classe II. Deux mois après la curiethérapie, colpohystérectomie totale élargie et lymphadénectomie bilatérale (Docteur FRADIN).
Pièce opératoire n°20229 : col stérilisé, ganglions non envahis.
Recul : 4 ans ½.
Suivie pendant 4 ans : suites clinique, radiologique, cytologique, colposcopique normales pendant les 2 premières années. A la 3e année, apparition d'un cancer du quart supéro externe du sein droit : épithélioma tubulo-trabéculaire primitif opéré.
Survie actuelle, sans signe de récidive ou de métastase.

o

OBS. n°73 -

Mme PIG ... (Hôpital), 43 ans, treize grossesses, de chronologie non précisée, consulte en septembre 1964 pour métrorragies depuis trois mois.
Cliniquement, col bourgeonnant.
Biopsie n°19347 C : carcinome épidermoïde différencié immature (Dr.ISIDOR).
Extension : paramètres droit (+) et gauche (++), et paroi antérieure, trigone soulevée orifice urétéral droit se contractant faiblement; orifice urétéral gauche : bulle oedémateuse, pas de contraction. Urographie : surpression pelvienne débutante ; lipidité de l'uretère droit.

Traitement : radium pendant sept jours, sonde et colpostat : 63 millicuries détruites au total. Un mois après, cytologie cl.II. Deux mois après la curiethérapie, colpohystérectomie totale élargie et lymphadénectomie bilatérale (Docteur FRADIN).

Pièce opératoire n°20250 : col normal, ganglions non envahis. (Dr.ISIDOR).
Recul : 4 ans.
Suivie pendant 2 ans : suites clinique, colposcopique, cytologique normales ; radiologiquement : dilatation urétérale droite régressive. Une enquête entreprise auprès de son médecin, nous apprend que la malade va bien à la 4e année.

o

OBS. n°74 -

Mme CAU ... (Clinique), 46 ans, 3 enfants (16, 14, 12 ans), est vue en février 1965 pour métrorragies depuis 2 ans.
Cliniquement : col bourgeonnant.
Biopsie (faite à Paris) : épithélioma malpighien spino-cellulaire typique végétant.

Extension : paramètres droit (+) et gauche (+) - Urographie : surpression droite.

Traitement : radium sonde et colpostat pendant 7 jours au total 63 millicuries détruites. Un mois après, cytologie classe II. Un mois et demi après la curiethérapie, colpohystérectomie totale élargie et lymphadénectomie bilatérale (Docteur FRADIN).

Pièce opératoire n°20514 C : col normal, ganglions non envahis.

Recul : 3 ans.
Suivie pendant 3 ans. Au 2e mois, fistule vésico recto-vaginale consécutive au drain vaginal (tissu irradié) ; reprise au 3e mois; persistance d'une petite fistule vésicale. Cure actuellement refusée.

o

OBS. n°75 -

Mme ACB ... (Clinique), 50 ans, 1 enfant (23 ans) et 1 avortement (14 ans) est vue en octobre 1965 pour métrorragies de 5 à 6 mois. Cliniquement, col normal d'aspect, mais gros; multiples petits kystes endométriosiques vaginaux ; gros utérus douloureux ; obturation isthmique totale sur l'hystérographie.

Traitement : chirurgie : hystérectomie totale au cours de laquelle on découvre un aspect suspect de la paroi isthmique en plein muscle (Docteur FRADIN).

Pièce opératoire n°21344 C : épithélioma intermédiaire à tendance légèrement spinocellulaire s'étendant en profondeur à l'intérieur de la paroi cervicale, vraisemblablement aux dépens d'une métaplasie endocervicale ; endométriose du corps ; métastase ovarienne (Dr. ISIDOR).

Cobalt : 12000 r.
Recul : 3 ans.
Suivie pendant 1 an; extension malgré la cobaltothérapie - urémie par compression urétérale bilatérale - Urétérostomie cutanée.
Décédée à la fin de la 1ère année.

°

OBS. n°76 -

Mme KUN ... (Clinique-Hôpital), 42 ans, un enfant de 13 ans, est vue en août 1965 pour métrorragies depuis un mois.
Cliniquement, énorme "choux-fleur" cervical.
Biopsie n°21216 : épithélioma pavimenteux intermédiaire (Dr.ISIDOR).
Extension vaginale. Rétraction moins nette de l'orifice urétéral droit à la cystoscopie.
Urographie normale.

Traitement : radium vaginal : 30 milligrammes pendant 7 jours soit 37,80 millicuries détruites au total ; la curiethérapie intra-utérine est impossible. Un mois et demi après, cytologie classe IV. Deux mois après la curiethérapie, colpohystérectomie totale élargie et lymphadénectomie bilatérale, par voie périnéo-abdominale (Docteur FRADIN).

Pièce opératoire n°21453. Col : prolifération invasive s'étendant jusqu'à l'isthme - ganglions tuberculeux (?) (Dr.ISIDOR).
Cobalt : 12500 r
Recul : 3 ans
Suites : récidive vaginale 3 mois après l'intervention.
Cobaltothérapie : 9000 r.
Poursuite du processus extensif, fistule recto-vaginale.
Décédée à la fin de la première année.

°

OBS. n°77 -

Mme LEJ ... (Clinique-Hôpital), 44 ans, 5 grossesses (21, 17, 15, 10, 7 ans) est vue en septembre 1966 pour métrorragies depuis un an.
Cliniquement, col bourgeonnant.
Biopsie (Dr.ISIDOR) : épithélioma spino-cellulaire.
Extension : paramètre gauche envahi. Absence de retentissement urinaire ; lymphographie normale.

Traitement : radium sonde et colpostat, 30 et 30 milligrammes respectivement, soit au total 75,60 millicuries détruites. Trois semaines après, colpocytologie classe IV. Un mois et demi après la curiethérapie, colpohystérectomie totale élargie et lymphadénectomie bilatérale, par voie périnéo-abdominale (Docteur FRADIN).
Pièce opératoire n°23160 : col normal, ganglions non envahis.
Recul : 2 ans
Suivie 2 ans ; suites normales clinique, cytologique, colposcopique, radiologique : dilatation urétéro pyélo calicielle gauche régressive.

o

OBS. n°78 -

Mme DUB... (Hôpital-Clinique), 42 ans, 3 enfants, (21, 13, 10 ans) est vue au mois d'août 1967 pour ménométrorragies depuis 6 mois.
Cliniquement, col bourgeonnant.
Biopsie n°24964 C : épithélioma malpighien intermédiaire invasif (Dr.ISIDOR).
Extension : paramètres droit + et gauche + envahis ; état congestif du bas-fond vésical ; légère surpression des cavités à l'urographie.

Traitement : radium : sonde et colpostat pendant 7 jours : 63 millicuries détruites ; quinze jours après, cytologie classe I. Un mois et demi après la curiethérapie, colpo-hystérectomie totale, élargie et lymphadénectomie bilatérale.

Pièce opératoire n°24506 : persistance dans le col, de foyers épithéliomateux évolutifs ; ganglions non envahis. Cobalt.
Recul : un an.
Suivie pendant un an : suites clinique, radiologique, colposcopique, cytologique normales.

-:-

CONCLUSIONS

-:-

Cette étude porte sur 78 cancers du col (stade O-I-II) observés et traités dans les Services de Gynécologie Obstétrique de Saint-Germain en Laye (Secteur Public - Secteur Privé) entre 1958-1967.

La fréquence de ces différents stades par rapport au nombre total des cancers observés pendant ce même délai (123 cas) montre : la rareté des stades O : 4,8 p.cent ; la fréquence relative des stade I : 41,4 p.cent et des stades II : 17 p.cent.

Si le plus grand pourcentage de ces malades est âgé de plus de 40 ans (35,8 p.cent entre 40-50 ans, 37,1 p.cent au-dessus de 50 ans); les pourcentages des femmes jeunes ne sont pas négligeables : (24,3 p.cent entre 30-40 ans ; 2,5 p.cent entre 20-30 ans). Les stades I sont en majorité dans le groupe 30-40 ans ; stade I et II sont presque à égalité dans le groupe 40-50 ans.

En ce qui concerne les formes cliniques 60 des 78 observations correspondent à des formes classiques. Nous avons par contre observé : 4 cancers sur prolapsus utérin - 4 cancers sur col restant - 8 cancers associés à la grossesse - 2 cancers récidivants.

Le délai théorique séparant le 1er signe de la découverte de la tumeur (PS-DT) n'est pas

apparu proportionnel à la gravité du cancer. Pour un délai s'étalant entre 0 et 6 mois nous trouvons 64,4 p.cent des stades I, 71,4 p.cent des stades II.

Nous avons insisté dans ce chapitre clinique sur les difficultés et les insuffisances du diagnostic cancérologique (6 observations).

En ce qui concerne le traitement

Les stades 0 ont été traités selon l'âge et le désir de maternité, soit par intervention limitée au col : 3 sur 6 , soit par colpohystérectomie totale 3 sur 6. Les résultats en ont été très bons.

Les stades I et II ont été traités selon plusieurs méthodes :

- 79,4 p.cent des malades ont reçu du radium: stade I : 82,3 p.cent ; stade II : 95,2 p.cent. Ce mode de traitement a été responsable de 2 complications graves : 1 péritonite occlusive, 1 embolie pulmonaire non mortelle.

- 78,2 p.cent des malades ont été opérées : stade I : 82,3 p.cent ; stade II : 90,4 p.cent. La chirurgie a été limitée dans son extension: stade I : 35,7 p.cent ; stade II : 15,7 p.cent. La chirurgie a été élargie dans son extension : stade I : 61,9 p.cent ; stade II : 84,2 p.cent.

La morbidité de cette méthode a été :
- 1 décès par coma hépatique -
- 1 accident veineux iliaque externe réparé,
- 1 compression urétérale haute par fil,
- 2 fistules recto vésico vaginale
- 1 lymphocèle pelvien
- 1 oedème des membres inférieurs sans compression pelvienne.

- 16,6 p.cent des malades ont reçu une radiothérapie complémentaire :

stade I : 11,7 p.cent ; stade II : 33,3 p.dent. Ceci en raison de la non stérilisation des lésions cervicales ou de la présence de métastases ganglionnaires.

Ces différentes méthodes thérapeutiques ont été associées selon 3 modalités essentielles:

- Radium seul 13,8% Stade I 17,6% Stade II 4,7%
- Ra+Chirurgie 58,3% " 56,8% " 61,9%
- Ra+Chir+Rx 12,4% " 7,8% " 23,8%

Les autres modalités ont été exceptionnelles :
Ra + Rx : 1 observation
Chirurgie seule : 7 observations (suite des stades I)
Chirurgie + Radiothérapie : 3 observations.

La motivation de ces différentes modalités thérapeutiques est expliquée.

L'étude anatomo pathologie des pièces opératoires a montré :

la non stérilisation du col après radium dans 21,5 p.cent des cas (15,1 p.cent des stade I, 33,3 p.cent des stades II).
L'existence de métastases ganglionnaires dans 7 p.cent des cas (10,2 p.cent des stades I, 0 pour les stades II).

Le pronostic général pour les malades ayant un recul de 5 ans ou plus :

Stades 0 = 100 p.cent de survie
Stades I et II sur 43 malades :
survie : 81,3 p.cent Stade I : 93,5 p.cent
Stade II : 50 p.cent.

Nous avons observé dans les stades I deux récidives ganglionnaires précoces - stabilisées après traitement cobaltothérapique complémentaire (recul de 10 ans).

La mortalité carcinologique a été précoce pour 5 observations sur 9 (1 à 2 ans) , tardive pour 4 observations sur 9 (3e à 8e année).

Les causes de la mortalité ont été :
Métastases ganglionnaires hautes : 1 obs.
Récidive ganglionnaire avec métastases viscérales et osseuses : 2 obs.
Récidives vaginales : 3 observations
Récidives vésicales ou urétérales tardives: 2 observations
Obscure : 1 observation.

• Cette mortalité a été observée :
- avec une fréquence légèrement plus grande chez les femmes âgées de moins de 45 ans : 22,7 p.cent contre 19 p.cent pour les malades âgées de plus de 45 ans.
- avec une fréquence légèrement plus grande chez les femmes dont le délai PS-DT est inférieur à 1 an : 25,8 p.cent contre 12,5 p. cent pour un délai PS-DT supérieur à 1 an.

• Tous les cas de mortalité concernant uniquement les formes cliniques classiques.
• L'influence du délai séparant la dernière grossesse du premier symptôme nous apparaît nocive lorsque le délai est égal ou inférieur à 10 ans, mais cette étude porte sur un nombre trop restreint d'observations.

La modalité thérapeutique la plus favorable, en tenant compte du nombre d'observations est l'association Radium Chirurgie.

Les pourcentages élevés des mortalités observées lorsque le col n'est pas stérilisé ou que les ganglions sont envahis (57,1 p.cent) malgré la radiothérapie complémentaire, nous paraît plaider en faveur d'une chirurgie élargie.

Vu :
Le Président :
Signé : J. HUGUIER

Vu :
Le Doyen :
Signé : G. BROUET

Vu et Permis d'Imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris :
Signé : Jean ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

-:-

ABITBOL M., CHIEN HSING MEUG, ROMNEY S.L.
Anatomic and therapeutic aids of lymphangiography in pelvic malignancy.
Am. J. of Obst. and Gyn. sept. 1 1965, vol.93, n°1.

ADELMANN H.C., HAJELN S.I.
Role of conization in the treatment of cervical carcinoma in situ.
Am. J. of Obst. and Gyn. May 15 1967, vol.98, n°2.

AVERETTE H.E., HUDSON R.C., FERGUSSON J.H.
Lymphangioadenography : applications in the study and management of gynecologic cancer.
Rev. of Surgery, vol.22 March-April 1965, n°2, de Cancer 17 : 1097, 1964.

BARBER H.R., BRUNSCHWIG A.
Gynecologic Cancer complicating pregnancy.
Am. J. of Obst. and Gyn. jan. 15 1963, vol. 85, n°2.

BIRBIS P. et CHATELAIN
Cancer total de l'utérus, de structure malpighienne développé en surface.
Comptes rendus de la Société Française de Gynécologie, 37e année n°1 janvier 1967.

BONNEAU H. et VARETTE I.
La cytologie des carcinomes du col utérin; à propos du diagnostic cytologique de 350 carcinomes utérins, résultat de 14 000 examens de dépistage.
Comptes rendus de la Société Française de Gynécologie, 35e année, n°5 mai 1965.

BOUTSELIS J.G., ULLERY J.G.
Intraepithélial Carcinoma of the cervix in pregnancy.
Am. J. of Obst. and Gyn. Nov.1, 1964, vol. 90, n°5.

CERBONNET G.
Diagnostic et traitement de l'épithélioma intra-épithélial en dehors de la grossesse.
Rev. du Prat. T.XVII n°16, 1er juin 1967.

CHAUVIN H.F., SPITALIER J.M., AMALRIC R., SANTAMARIA F., AYME J.
A propos des urolymphographies dans les carcinomes du col utérin.
Bull. Féd. des Soc. de Gyn. et d'Obst. de langue française, T.17, n°5, 1965.

CHRISTENSEN A., LANGE P., NIELSEN E.
Surgery and radiotherapy for invasive cancer of the cervix.
Acta Obst. Gynec. scand. 1964; 43, suppl. n°2, 59-87.

CHRISTOPHERSON W.M., PARKER J.E.
Microinvasive carcinoma of the uterine cervix, a clinial pathological study.
Rev. of Surgery, vol.22 March-April 1965, n°2, de Cancer 17 : 1123, 1964.

COVINGTON E.E.
Recurrences of carcinoma of the cervix after 15 years, report of the 16 year and 24 year local recurrence after irradiation-
Am.J.of Obst.and Gyn.oct.15,1963,vol.87,n°4.

CONTAMIN R., FERRIEUX J., CONTAMIN Ch.
De l'intérêt des hautes doses de radium dans le traitement des cancers du col utérin.
Gynécologie et Obstétrique T.65, n°3, 1966.

DARGENT D.
Les méthodes cytologiques dans l'étude du pronostic du cancer du col utérin.
Revue française de Gynécologie et d'Obstétrique oct.1967, n°10.

DEVEREUX W.P., EDWARS C.L.
Carcinoma in situ of the cervix applicability of diagnostic and treatment methods in 632 cases.
Am. J. of Obst. and Gyn. June 15, 1967, vol.98, n°4.

DORAN T.A., THOMSON D.W.
Malignant cells in the peripheral blood of patient with endometrial carcinoma.
Am. J. of Obst. and Gyn. April 1966, vol. 94, n°1.

EUTERLINE H.T., ARVAN D.A., DAVIS R.E.
The predictability of residual carcinoma in situ from study of cervical cones.
Am. J. of Obst. and Gyn. April 1 1963, vol.85, n°7.

FELTIG O.
Zur Morphologischen und Klinischen Problematik Mikrocarcinoms (Collumcarcinom Stadium I a) - Arch. Gynäch 1964, 199, 571608.

FLUHMANN C.F.
Further Observations on involvement of clefts and tunnels in carcinoma in situ of the cervix uteri. Am. J. of Obst. and Gyn. nov.1, 1964, vol.90, n°5.

FRICK H.C., JANOVSKI N.A., GINSBERG S.B., TAYLOR Jr.H.C.
Early invasive Cancer of the cervix.
Am. J. of Obst. and Gyn. April 1 1963, vol. 85, n°7.

GIGLIO F.A., DOWLING E.A., NICHOLSON Jones W.
Carcinoma in situ of the cervix : an analysis of treatment by hysterectomy.
Am. J. of Obst. and Gyn. sept. 15 1965, vol. 93,n°2.

GRAHAM J.B., ABAD R.S.
Ureteral obstruction due to radiations.
Am. J. of Obst. and Gyn. oct.1, 1967, vol.99, n°3.

GRAY M.J., FRICK H.C.
Pelvic node dissection following radiotherapy for cancer of the Cervix, reevaluation.
Am. J. of Obst. and Gyn. sept.1, 1965, vol. 93, n°1.

HUGUIER J., CERBONNET G.
Traitement du Cancer invasif du col utérin en dehors de la grossesse.
Rev. Prat. T. XVII n°16, 1er juin 1967, p.2343.

HUGUIER J.
Traitement de l'épithélioma intra-épithélial.
Presse Médicale 56 p.3249.

INGIULLA W., CORNI E.V.
Cervical ureteral and rectal fistulas following operation for cancer of the cervix.
Am. J. of Obst. and Gyn. déc.15, 1967, vol.99, n°8, Index number p.1078.

JONES E.G., SCHWINN Ch.P., BULLOCK W.K., VARGA A., DUNN J.E., BIRELL P.
Carcinoma of the cervix uteri during pregnancy : a study of the combined effect of a trichomonacid, a broad spectrum antibiotic, and a long acting progestrin on a dysplasia and in situ carcinoma of the cervix.
Am. J. of Obst. and Gyn. June 1, 1964, vol. 89, n°3.

JORDAN M.J., BADER G.M., DAY E.
Carcinoma in situ of the cervix and related lesions, a 11 year prospective study.
Am. J. of Obst. and Gyn., May 15 1964, vol.89, n°2.

KELSO J.W., FUNNEL J.W.
Radical Wertheim hysterectomy, twenty year's experience.
Am. J. of Obst. and Gyn. sept.1 1967, vol.99, n°1.

MICHALKIEWICZ W.
A propos du diagnostic et du traitement du cancer in situ du col.
Bull. Fed. des Soc. de Gyn. et d'Obst. de langue française, T.18, n°1, 1966.

MORICE P.
Evolution et traitement de l'épithéliome intra-épithélial du col utérin à l'hôpital Broca de 1950 à 1962.
Rev. franç. de Gyn. et d'Obst. 60e année, n°2 février 1965.

MORTON D.G.
Incipient Carcinoma of the cervix.
Am. J. of Obst. and Gyn. sept. 1, 1964, vol.90, n°1.

MUSSET R. et LOISEAU A.N.
Table ronde sur le traitement du cancer du col utérin.
Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique, 62e année avril-mai 1967, n°4-5.

MUSSEY E., DECKER D.G.
Intraépithélial carcinoma of the cervix in association with pregnancy.
Am. J. of Obst. and Gyn. janv.1 1967, vol.97, n°1.

NATHANSON B.B., LIEGNER L.M., RUDOLPH J.D., HODERA M.
Dose verification studies in radium therapy of carcinoma of the cervix.
Am. J. of Obst. and Gyn. March 15 1967, vol.97, n°6.

NELSON J.H., ROBERSON J.O., MASTERSON J.G.
Regeneration of pelvic lymph nodes after pelvic lymphadenectomy.
Am. J. of Obst. and Gyn. sept.1 1965, vol.93, n°1.

PIGEAUD H., REBOUL J., MOINE C., FAVIER J.P., MATHIEU J., MOUSSELON J.
Néoplasme du col utérin au 3e mois de grossesse : interruption de la grossesse par hystérectomie et traitement consécutif par curiethérapie et colpohystérectomie avec lymphadénectomie.
Bull. Féd. des Soc. Gyn. et Obst. de langue française, t.17, n°4, 1965.

PILLERON E., CONTI C., HAOUR P.
Image cytologique des épithéliomas in situ du col utérin.
Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique n°12, déc. 1962.

PILLERON E., DURAND, MOYSE M.
Lymphocoeles pelviens.
Académie de Chirurgie, séance du 8 mars 1967, in Annales de Chirurgie n°9-10, mai 1967, vol.21.

PREM R.A., MAKOWSKI E.L., Mac KELVEY J.L.
Carcinoma of the cervix associated with pregnancy.
Am. J. of Obst. and Gyn., May 1 vol.95 n°1, 1966.

REDON H., DUPAS M., SINGIER J.R.
Place de l'Aortographie dans la recherche de l'extension lymphatique du cancer du col de l'utérus.
Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique, fév.67, n°2.

RICHARD R.M.
Cervical neoplasia in pregnancy a serie of pregnant and post-partum patients followed without biopsy or therapy.
Am. J. of obst. and Gyn., oct.15, 1963, vol. 87, n°4.

RODEX F., MALHERBE J.
Utilisation de la lymphographie pelvienne dans le diagnostic et le traitement des cancers du col utérin.
Bulletin de la Société Royale belge de Gynécologie et d'Obstétrique, T.37, 1967, n°1.

SPRALT J.S., DONEAU W.L., RAPP M.
Positioning and some variations in surgical technique for combined uriginal, perineal and abdominal cancer surgery.
Am. J. of Obst. and Gyn. oct.1 1967, vol. 99, n°3.

STONE M.L., WEINGOLD A.B., SALL S.
Cervical carcinoma in pregnancy.
Am. J. of Obst. and Gyn. oct. 15, 1965, vol.93, n°4.

SENEZE J., WOLFF J.P., de IKONICOFF L.K.
Cancer du col et grossesse, à propos de 28 cas.
Bull. Fed. Soc. Gyn. et Obst. de langue française T.65, n°1, 1966 janv.mars 1966.

STANCA CONST., JONESCO M.V.
Peut-on éviter les fistules urétéro vésicales après l'opération de Wertheim par des procédés techniques chirurgicaux particuliers.
Gynécologie pratique T.XVII, n°3, 1966.

SYMMONDS R.E.
Morbidity and complications of radical hysterectomy with pelvic lymph node dissection.
Am. J. of Obst. and Gyn., March 1 , 1966, vol.94, n°5.

VARGA A.
The relationship of cervical dysplasia to in situ and invasive carcinoma of the cervix.
Am. J. of Obst. and Gyn., July 15, 1966, vol.95, n°6.

VELFELDER H., MEIGS J.V., SMITH Ch.J., COSTELLO J.B.,
Invasive carcinoma of the cervix during pregnancy.
Am. J. of Obst. and Gyn. June 1 1967, vol.98, n°3.

WALTER J.P. DESTREE J.
Explorations radiologiques des tumeurs utérines et annexielles.
Bull. Soc. Roy. belge de Gyn. et Obst. 1967, T.37, n°2.

WILLIAMS T.J., BRACK B.C.
Carcinoma of the Cervix in pregnancy.
Rev. of Surgery vol.22, March-April 1965, n°2 de Cancer 17 1486, 1964.

WOLFF J.P.
Le pronostic du cancer du col de l'utérus: le délai.
Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique n°12, déc. 1962.

-:-